

# 施設利用申込書

尚古園
 サテライト特養尚古園
 短期利用
 山径

※希望申し込みに

受付年月日 平成 年 月 日 受付者 ( )

ふりがな			男	生年月日 明治・大正・昭和			
氏名	(印)		・	年 月 日 ( 歳)			
住所	(〒 - )			☎			
申込者 (身元引受人)	氏名 (続柄)			携帯			
	(〒 - )			☎			
緊急連絡先	氏名 (続柄)			携帯			
	(〒 - )			☎			
介護保険	被保険者番号		保険者番号				
	要介護度						
居宅介護 支援事業者	事業所名:			☎			
	担当介護支援専門員:						
かかりつけ医	病院名		主治医				
日常生活の現状に○をつけてください							
視力	・普通 ・弱視 ・全盲			自分で可	見守り	一部介助	全介助
聴力	・普通 ・やや難聴 ・難聴		食事				
言葉	・普通 ・少し不自由 ・不自由		入浴				
褥瘡	・無 ・有 (部位・程度 )		排泄				
おむつ	・無 ・有 (昼夜・夜のみ)		衣服着脱				
認知症	・無 ・有 (軽度・中度・重度)		歩行移動				
徘徊	・無 ・有 (昼夜・昼のみ)			歩行手段 ( )			
年金	・無 ・有 ( 年金 )		身障者手帳	無・有 ( 種 級 ) (障害名 )			
現在の 居所	・自宅 ・病院 ( ) ・介護保険施設 ( ) ・その他 ( )						
既往歴・現病・入院歴等 (詳しく)			家族構成				

生活歴・特記事項等は裏面にご記入ください。

社会福祉法人 善隣会

