

入所相談申込書

令和 年 月 日

入所希望施設名 「有度の里」

対象者	フリガナ 氏名			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住所			電話番号	
対象者の状況	要介護度 () 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
	歩行	自立・半介助・全介助		認知症(有・無)	
	食事	自立・半介助・全介助			
	排泄	自立・半介助・全介助・オムツ		症状 (ア) 不安 (イ) 攻撃性 (ウ) 徘徊 (エ) 不穏 (オ) 暴力 (カ) 無気力 (キ) 抑うつ (ク) 幻覚 (ケ) 妄想	
	入浴	見守り・半介助・全介助			
	着脱衣	自立・半介助・全介助		問題行動 有・無	
	視力障害	有・無		特記事項	
	聴力障害	有・無			
	言葉	可・不可			
	床ずれ	有・無	部位()		
既往歴					
現在症状					主治医 病院名 備考
家族の状況	続柄	氏名	年齢	備考	家系図
生活歴					
相談内容					
担当ケアマネ					
受付者氏名 ()					

* 介護保険被保険者証のコピーを添付してください。