

地域密着型介護老人福祉施設 フォーリーブス甲府 施設入居申込書 No.____

受付日	平成 年 月 日 ※当方で記入		
ふりがな 入居希望者氏名	男 ・ 女		
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生 (歳)		
現住所	〒		
電話番号	TEL ()		
介護保険証	要介護度 1 2 3 4 5		
	No.		
	保険者		
	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
医療度	I ・ II ・ III ※当方で記入		
認知度	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ※当方で記入		
負担段階 (又は年金の種類)	第4段階 ・ 第3段階 ・ 第2段階 ・ 第1段階 (国民年金・厚生年金・共済年金・障害者年金・遺族年金) 現在の課税状況： 課税 ・ 非課税		
現在の状況	・ 自宅 ・ 在宅サービスの利用状況 ・ 施設・病院 ()		
病歴	病名	発症年月日	
食事	自立 見守り 介助が必要 (介助内容)		
	水分のむせ (有：無) トロミ剤の使用 (有：無)		
	禁止食・制限等 (有【内容 】：無)		
	その他		
口腔ケア	自立 見守り 介助が必要 (介助内容)		
	自歯 歯茎 入歯 (上：下：部分【 】)		
	その他		
移動	自立 杖歩行 シルバーカー歩行 車椅子 (自立・介助)		
	(介助内容)		
	その他		
着脱	自立 見守り 介助が必要 (介助内容)		
排泄	自立 見守り 介助が必要 (介助内容)		
	自分のパンツ 紙パンツ オムツ 尿パット使用		
	排便状況		

皮膚の状況	褥瘡（有：無）（部位：_____）				
入浴	・機械浴・車いす浴・一般浴・個浴 ・全介助 ・見守り・自立 ・一部介助（_____）				
その他	経鼻栄養 胃ろう 透析 吸引 インスリン 酸素				
	身長＝_____ 体重＝_____（年 月）				
意思疎通	全く通じない 何とか通じる 普通 言語障害（有：無）				
	具体的な症状				
特記事項					
家族構成 世帯の状況					介護協力について
					あり（週 日） なし（理由 _____）
担当ケアマネジャー	氏名 _____ Tel _____（_____）				所属機関 _____

この欄は当方より訪問調査に伺う際にご家族へご連絡させて頂く先となります

ふりがな ① 氏名					
続柄		年齢	歳	職業	
連絡先	Tel _____（_____） 携帯Tel _____（_____）				
	〒 _____				
ふりがな ② 氏名					
続柄		年齢	歳	職業	
連絡先	Tel _____（_____） 携帯Tel _____（_____）				
	〒 _____				
申込者状況	家族 ・ 本人 ・ ケアマネ代行 ・ 友人 ・ その他（_____）				

※ 施設記入欄

--