

めぐみ園 入所申込書兼調査票

めぐみ園施設長殿

申込み日

年 月 日

申込者氏名

印

住所 〒

電話番号

続柄

下記の者の利用を申し込みます。

ふりがな 入所希望者	男	生年月日 (歳)
	女	明治・大正・昭和 年 月 日
住所	〒	
電話番号		
保険証有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
介護保険証 保険者番号	介護保険証 被保険証番号	
要介護度	1・2・3・4・5	
ご本人の状況	現在利用している施設サービス	ご自宅で生活されている場合は記入不要 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ()
	施設名	
	認知症等の状況	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他
	医療的管理の必要性	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他

介護者の状況		<input type="checkbox"/> 身寄りが全くない <input type="checkbox"/> 介護者が遠方にいる <input type="checkbox"/> 介護者が入院中 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢者又は障害者である <input type="checkbox"/> 介護者が療養中 <input type="checkbox"/> 介護者が就業中 <input type="checkbox"/> 介護者が育児中又は複数の被介護者がいる <input type="checkbox"/> 介護を手伝う者がいない <input type="checkbox"/> いずれにもあてはまらない
住宅の状況		<input type="checkbox"/> 住宅がない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 介護をする上で問題がある <input type="checkbox"/> 問題なし
<p>その他特記すべき事項</p>		

ご記入いただきました項目の内容を総合的に勘案し、緊急性を判定させていただきます。
なお、介護被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額証をお持ちの方は添付し、お送りください。