

入 所 相 談 申 込 書

平成 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			
相談者	氏 名				電話番号			
	住 所				勤務先			
	対象者との関係 (続柄)				連絡先			
対象者の状況	要介護度 () 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 待機場所							
	歩 行				精神状態 1 正常 2 精神障害有り			
	食 事				(ア)認知症 ア記憶障害 重度・中度・軽度 イ失見当 重度・中度・軽度			
	排 泄				(イ) 心気症状 (ウ) 不安 (エ) 焦燥 (オ) 抑鬱状態 (カ) 興奮 (キ) 幻覚			
	入 浴				(ク) 妄想 (ケ) せん妄 (コ) 睡眠障害			
	着脱衣				問題行動 有 ・ 無			
	視 力				攻撃的行動	重度・中度・軽度	不穏行為	重度・中度・軽度
	聴 力				自傷行為	重度・中度・軽度	不潔行為	重度・中度・軽度
	言 葉				火の扱い	重度・中度・軽度	失 禁	重度・中度・軽度
	床ずれ				徘徊	重度・中度・軽度		
既往歴								
現在症状								
家族の状況	続柄	氏 名	年齢	備 考	系譜			
相談内容								
備考								
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。