

入所申込先	<input type="checkbox"/> 養老の郷 <input type="checkbox"/> 養老長屋 八幡の杜 <input type="checkbox"/> 両方	受付日	令和	年	月	日	担当：
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	---	---	---	-----

入 所 受 付

要介護度	<input type="checkbox"/> 介護度（要支援 要介護 1 2 3 4 5） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 <input type="checkbox"/> 未申請
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

サービス利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	担当居宅介護支援事業所：
--------	---------------------------------------------------------	--------------

利用者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 歳（男・女）

相談者	フリガナ		他施設申し込み状況
	氏名	(続柄)	<input type="checkbox"/> 申込なし
	住所		
	連絡先	1. () - 2. () -	

※ 簡易情報欄（相談員不在の場合、下記のご記入願います）

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 → <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名： <input type="checkbox"/> ホール利用中：施設名 月 日 ~ 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 入院中：病院名
	(入院日：令和 年 月 日 退院予定：令和 年 月 日 転院予定：令和 年 月 日 転院先：)

既往歴	病名	期間	病院名	備考欄
			年 月 日 入院 ↓ 年 月 日 通院	
		年 月 日 入院 ↓ 年 月 日 通院		
		年 月 日 入院 ↓ 年 月 日 通院		
		年 月 日 入院 ↓ 年 月 日 通院		

希望	・どこまでの回復を望むのか？	家族構成

受け入れ検討	在宅復帰	食事介助	認知症	受け入れ可否
--------	------	------	-----	--------