

入所申込受付票

令和 年 月 日
介護老人保健施設 シルバーランド

ご本人	※下記の該当する項目の□に✓をつけて下さい		※記入漏れのない様にして下さい				
	お名前 (ふりがな)		男・女	生 年 月 日	年 齢	身長	
				明治・大正・昭和		約	cm
				年 月	歳	体重	
	住 所		電話 () -				
	<input type="checkbox"/> どなたかと同居 (続柄)		<input type="checkbox"/> 入院中 病院 科				
<input type="checkbox"/> 一人暮らし		<input type="checkbox"/> その他の施設					
申込者	氏 名		年 齢		続 柄		
	住所 (別居の場合のみ記入)		電話 () -				
利用の目的	<input type="checkbox"/> 介護疲れ軽減		<input type="checkbox"/> リハビリ		<input type="checkbox"/> その他		
	ご本人の意見						
	ご家族の意見						
	介護度	1・2・3・4・5		認知症	有・無	程度	
	既往症			現在の病名			

※ 当施設は介護型の施設であり、医療型の施設ではありませんので、下記の方につきましては受け入れ出来ない場合があります。

- ① 常に慎重な医療管理が必要とされる方
- ② 一定以上の薬剤の量、又は慎重な投与を必要とする方
- ③ 認知症の方で、他の入所者への迷惑・暴力等の恐れのある方 (当施設には認知専用棟が無いため)