

# 介護老人福祉施設入所申込みに伴う意見書

(様式二)

成蹊園

被保険者番号	氏名
	ふりがな

ご本人の状況

記入日 年 月 日

○身体の状況 ※麻痺や拘縮など、介護を必要とする身体状況
・食事（ 自立    一部介助    全介助 ）
・排泄（ 自立    一部介助    全介助 ） おむつ使用（ 有    無 ）
・歩行（ 自立    一部介助    全介助 ） 車椅子使用（ 有    無 ）
○認知症 ※介護や見守りを必要とする認知症の状況
○疾患 ※医療器具の使用や注意を必要とする疾患、介護や看護を必要とする疾患

その他の留意点


記入者

区分	指定居宅介護支援事業者	在宅介護支援センター
事業所名		
住所・電話番号	〒    -	電話    (    )
職種		氏名