

年 月 日

新富町長 様

申請者 住 所
氏 名
(本人との続柄:)
連絡先

新富町在宅老人短期保護申請書

新富町在宅老人短期保護事業実施要綱第6条に基づき、短期保護を利用したいので、以下のとおり申請いたします。

記

利 用 者 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
住 所		性 別	男 ・ 女		
保護申請事由					
保護希望期間	年 月 日 から 年 月 日まで (日間)				
世帯状況	氏名	続柄	年齢	職業等	備考
備 考					

調査票

身体状況	身体障害者 手帳	有（ ）級 ・ 無 障害名（ ）
	視力	1 普通 2 弱視 3 全盲
	聴力	1 普通 2 やや難聴 3 難聴
	言葉	1 普通 2 少し不自由 3 不自由
	褥瘡	1 無 2 有（程度： ）
	おむつ使用	1 無 2 有（ 昼夜 ・ 夜のみ ）
日常生活 動作の状況	歩行	1 自分で可 2 一部介助 3 全介助
	排せつ	1 自分で可 2 一部介助 3 全介助
	食事	1 自分で可 2 一部介助 3 全介助
	入浴	1 自分で可 2 一部介助 3 全介助
	着脱衣	1 自分で可 2 一部介助 3 全介助
健康状態	健康状態	1 良好 2 通院加療中
	受療の状況	主病名（ ） 診療機関名（ ）
	伝染性疾患	1 有(疾患名：) 2 無
認知面の状況	認知症状	1 有(症状：) 2 無 (状態：)
特記事項		