

인자인케어센터 입소신청서

입 소 자	성명		장기요양등급	급	성별		생년월일		
	주소								
	급여내용	<input type="checkbox"/> 일반(건강보험) <input type="checkbox"/> 국민기초생활수급 <input type="checkbox"/> 의료급여(차상위)							
	현거주 상황	<input type="checkbox"/> 가정보호 <input type="checkbox"/> 병원입원(병원명: _____) <input type="checkbox"/> 타시설입소(시설명: _____)							
	현재 건강 상태	주 질 환	<input type="checkbox"/> 치매 <input type="checkbox"/> 중풍 <input type="checkbox"/> 파킨슨 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨 <input type="checkbox"/> 창 (기타: _____)						
		식 사	<input type="checkbox"/> 자립 <input type="checkbox"/> 부분도움 <input type="checkbox"/> 완전도움			<input type="checkbox"/> 일반식 <input type="checkbox"/> 유동식(죽) <input type="checkbox"/> 미음 <input type="checkbox"/> L-tube			
		배 변	<input type="checkbox"/> 자립 <input type="checkbox"/> 부분도움 <input type="checkbox"/> 완전도움			<input type="checkbox"/> 기저귀 <input type="checkbox"/> 소변줄 <input type="checkbox"/> 간이변기 <input type="checkbox"/> 요(변)실금			
		활동상태	<input type="checkbox"/> 거동가능 <input type="checkbox"/> 와상 <input type="checkbox"/> 휠체어 <input type="checkbox"/> 지팡이 <input type="checkbox"/> 워커						
		문제행동	<input type="checkbox"/> 유(_____ / 예 : 공격성, 배회, 수면장애) <input type="checkbox"/> 무						
	의료처치	<input type="checkbox"/> 기관지절개 <input type="checkbox"/> 장루(인공항문)장호 <input type="checkbox"/> 피부질환(전염성) <input type="checkbox"/> 위관영양 <input type="checkbox"/> 복막투석 <input type="checkbox"/> 산소요법 <input type="checkbox"/> 욕창간호 <input type="checkbox"/> 도뇨관리							
※ 허위사실을 기재하실 경우 입소가 취소되오니 정확하게 기록하여 주십시오.									
보 호 자	성명		입소자와의관계				생년월일		
	주소								
	연락처 1)		연락처 1)				직업		
구 비 서 류	※본 입소신청서와 함께 아래 서류를 첨부하여 제출해주시요. ※국민기초생활수급자권의 경우 관할구청에 신청하여 주십시오. 1.장기요양인정서사본 1부 2.표준장기이용계획서사본 1부(건강보험공단 발급) 3.주민등록등본 1부(입소자 및 보호자 주소확인용) 4.질환진단서 1부(치매,중풍등의 질환관련)								
<p>상기와 같이 인자인케어센터의 입소를 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">_____ 년 월 일</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> 신청인(보호자) (서명 또는 날인) </p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">인 자 인 케 어 센 터 귀 중</p>									