

介護老人保健施設利用申込書

平成 年 月 日

介護老人保健施設 港さつき苑
施設長 殿

利用申込者 _____ 印

次のとおり、介護老人保健施設 港さつき苑 を利用したいので、関係書類を添付して申し込みます。

| | | | | | | |
|---------|-----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-------------|--------------------------------------|-------|
| 申込区分 | <input type="checkbox"/> 施設入所サービス | | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 | | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション | |
| フリガナ | | | 性別 | 生年月日 | | |
| 利用者氏名 | | | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| 現住所 | 〒 | | TEL | () | | |
| 身元引受人 | 氏名 | | | 続柄 | () | |
| | 住所 〒 | | | TEL | () | |
| | (勤務先) | | | TEL | () | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | | 続柄 | () | |
| | 住所 〒 | | | TEL | () | |
| 介護保険 | 無 ・ 有 | | 要支援(1 ・ 2) | | 要介護(1 2 3 4 5) | |
| | | (認定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) | | | | |
| 障害者手帳 | 無 ・ 有 (身障 ・ 療育 ・ 精神) | | | | 種 級 | |
| 家族構成 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 性別 | 同・別居 | 職業 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 家族の受入状況 | 同居 可 ・ 不可 | | 理由() | | | |
| 入所目的 | * 必ずご記入ください | | | | | |
| 医療機関 | (病院 ・ 医院) | | | | 科 | 先生 |
| 利用状況 | 定期受診 | 有 ・ 無 | 受診の間隔 | | 回 / 週 ・ 月 ・ | |
| 服薬 | 無 ・ 有 (朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 就寝前) | | | | | |
| アレルギー | 無 ・ 有 () | | | | | |
| 主な病歴 | | | | | | |
| 現在の疾病 | | | | | | |
| 職歴: | | | 趣味: | | | 生きがい: |

| | | | |
|------------|---|-----|-----|
| 担当ケアマネージャー | 氏名 | 事業所 | TEL |
| 現在の居所 | 自宅・自宅外() | | |
| 現在利用中のサービス | 通所サービス(週 日) 事業所名() 訪問介護 (週 日) 訪問看護(週 日) 訪問入浴(週 日) 訪問リハ (週 日) ショートステイ(施設名) | | |
| 入所希望期間 | 平成 年 月頃 ~ 平成 年 月頃まで | | |
| 退所後の予定 | 自宅・施設()・その他() | | |

日常生活の状況について、あてはまるものを○で囲って必要事項を記入して下さい。

| | | |
|-----------|------------------------|---|
| 食 事 | 主食 | ご飯・お粥・ミキサー・重湯 |
| | 副食 | 普通・一口大・刻み・ミキサー |
| | 好き嫌い | 無・有() |
| | 制限食 | 無・有() |
| | 注入食 | 無・有() |
| | 摂取 | できる(箸・スプーン・フォーク・その他)・一部介助・できない |
| 口 腔 | 状態 | 自歯・部分入れ歯(上・下)・総入れ歯・入れ歯なし |
| | 歯磨き | できる・一部介助・できない |
| 排 泄 | 動作 | できる・一部介助・全介助 |
| | 場所 | トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・その他() |
| | 使用物 | 布パンツ(日中・夜間・常時)・リハビリパンツ(日中・夜間・常時) オムツ(日中・夜間・常時)・パット(日中・夜間・常時) |
| | その他 | 尿意(有・無)・便意(有・無)・失敗(有・まれ・無) 排便状況(回/ 日)・浣腸の使用(有・無) |
| 着 替 え | できる・見守り・一部介助・全介助 | |
| 入 浴 | 形態 | 普通浴・機械浴・特浴・シャワー浴・清拭 |
| | 動作 | できる・見守り・一部介助・全介助 |
| 寝 返 り | できる・つかまればできる・一部介助・全介助 | |
| 起 き 上 が り | できる・つかまればできる・一部介助・全介助 | |
| 座 る | できる・背もたれ必要・できない | |
| 立 つ | できる・つかまればできる・一部介助・できない | |
| 移 動 | 歩 行 | できる・できない |
| | 用 具 | なし・杖(T字・4点・その他)・歩行器・車いす(自操・介助) |
| 認 知 症 | 無・軽度・中度・重度・わからない | |
| 会 話 | 意思を伝えられる・意思を伝えられない | |

身体機能について、あてはまるものに○をつけて下さい。

| | |
|---------------|------------------------|
| 麻 痺 | 無・有() |
| 関 節 の こ わ ば り | 無・有() |
| 障 害 | 言語・飲み込み・視力(右・左)・その他() |

精神状況について、あてはまるものに☑とご記入下さい。

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 徘徊 | <input type="checkbox"/> 時間・場所を勘違いする | <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄する | <input type="checkbox"/> 実在しないものが見える |
| <input type="checkbox"/> 同じ事を言う | <input type="checkbox"/> 興奮する事がある | <input type="checkbox"/> ベッドから落下する | <input type="checkbox"/> 思い込みが激しい |
| <input type="checkbox"/> 夜間眠れない | <input type="checkbox"/> 怒鳴る、暴力を振るう | <input type="checkbox"/> 転倒する事がある | <input type="checkbox"/> 介護に抵抗する |
| <input type="checkbox"/> 物忘れが多い | <input type="checkbox"/> うつ症状がある | <input type="checkbox"/> 食品以外の物を口に含む | <input type="checkbox"/> 不安が強い |
| <input type="checkbox"/> 帰宅願望がある | <input type="checkbox"/> 入浴を拒否する | <input type="checkbox"/> 自分の体を傷つける | <input type="checkbox"/> 火の不始末がある |

現在お困りな事、施設に希望する事があればご記入下さい。

必要に応じて要介護認定の結果、認定調査内容、主治医の意見書、担当介護支援専門員からの情報提供書を当施設と市町村、居宅介護支援事業所との間で情報交換することに同意します。

平成 年 月 日 氏名