

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