

社会医療法人正和会 介護老人保健施設 利用申込書

<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所	記入日	年	月	日
	事前調査日	年	月	日

フリガナ		男・女	明・大・昭		
利用者氏名	様		年	月	日 ( 歳)
住所	〒 -		電話 ( )		

フリガナ		男・女	年齢	続柄	職業
身元引受人氏名	様				
住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ 〒 -				
電話	( )	携帯電話	( )		

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 独居・同居 ) <input type="checkbox"/> 医療機関入院中 ( 医療機関名: ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 ( 施設名: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
かかりつけの医療機関名		病名			
居宅介護支援事業所名		担当ケアマネ			
介護保険	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		認定日	年 月 日 (区分変更中は申請日を記入)	
			有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 4段階 <input type="checkbox"/> 申請中				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 第 種 級 )	年金の種類別	<input type="checkbox"/> 国民 ( 年金額 ) <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保 ( 円/月 )		
歩行	<input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない ( 杖 歩行器 車椅子 他: )				
排泄	<input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない ( トイレ ポータブルトイレ オムツ 尿器 他: )				
食事	<input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 経管栄養食				
食事内容	【主食】 普通・粥      【副食】 普通・キザミ・他:				
入浴	<input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない ( 清拭・シャワー浴 他: )				
更衣	<input type="checkbox"/> 一人ができる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない				
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 物忘れ    歩き回る ( 他: )				

入所・短期入所のご利用希望の方					
居室希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 二人室 <input type="checkbox"/> 三人室 <input type="checkbox"/> 多床室	<input type="checkbox"/> 希望以外での入所についての同意			
居室ネーム	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	おやつ希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	洗濯方法	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 ( <input type="checkbox"/> 水洗い <input type="checkbox"/> ドライ込み )
広報誌・ブログへ写真の掲載	<input type="checkbox"/> 掲載可 <input type="checkbox"/> 掲載不可				
インフルエンザ予防接種	<input type="checkbox"/> 経験有 ( 月頃 ) <input type="checkbox"/> 経験無				
予防接種の希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

利用希望内容				
通所リハビリ	希望理由	□リハビリ □入浴 □社会交流 □その他(下記 希望理由欄へ記入)		
	希望曜日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 (週 回)		
	希望時間	□短時間 □長時間	送迎希望	□要 □不要
短期入所	希望理由	□介護負担軽減 □介護者不在 □その他(下記 希望理由欄へ記入)		
	希望期間	□ / ~ / (約 日間) □いつでもよい(約 日間)		
	定期利用希望	□定期的に利用希望( ヶ月毎) □今回のみ利用希望		
入所	希望理由	□リハビリ □介護負担軽減 □在宅生活継続困難 □その他(下記へ記入)		
	希望期間	□約 ヶ月間 □1年以上 □未定(下記へ記入)		
	退所後の予定	□自宅(住宅改修 未・済) □他施設利用 □未定(下記へ記入)		
	申込中の施設	□老健 □特養 □ショートステイ □その他( )		
今後の意向	ご本人:			
	ご家族:			
希望理由				
介護上の問題点				
施設への要望等				
出来るだけ具体的に				

家族構成と連絡先 ※利用者の子となる方は、県外にお住まいの場合でも全員ご記入下さい。					
氏名 (連絡順)	続柄	生年月日	同居の有無	職業・勤務先・電話	
フリガナ ( )		S・H 年 月 日	有・無	( )	
フリガナ ( )		S・H 年 月 日	有・無	( )	
フリガナ ( )		S・H 年 月 日	有・無	( )	
フリガナ ( )		S・H 年 月 日	有・無	( )	
フリガナ ( )		S・H 年 月 日	有・無	( )	

嗜好、その他			
好きな食べ物・飲み物		嗜好品	□お酒 ( ) □煙草 ( )
嫌いな食べ物・飲み物		アレルギー等の有無	□無し □有り ( )
職歴			
趣味 特技 習慣			
触れてほしくない話題や注意してほしい事など			