

利用申込書

医療法人社団 瑞雲会
介護老人保健施設 安寿 施設長殿

利用者	フリガナ 氏名				男・女
	生年月日				
	住所	〒 -			
	電話	- -			
利用資格	要支援・要介護 有効期間	I	II	III	IV V
施設利用の主な目的	<input type="checkbox"/> リハビリ目的		<input type="checkbox"/> 施設待機	<input type="checkbox"/> 心身状態	<input type="checkbox"/> 住宅環境
	<input type="checkbox"/> 介護者理由				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
利用形態	<input type="checkbox"/> 入所	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 通所リハ		
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 2人部屋	<input type="checkbox"/> 3~4人部屋		
退所予定先	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 他の家族と同居		<input type="checkbox"/> 特養	
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
連絡先① (昼・夜)	フリガナ 氏名			続柄	
				生年月日	
	住所	〒 -			
	電話	- - (携帯 - -)			
	勤務先	(電話: - -)			
連絡先② (昼・夜)	フリガナ 氏名			続柄	
				生年月日	
	住所	〒 -			
	電話	- - (携帯 - -)			
	勤務先	(電話: - -)			
連絡先③ (昼・夜)	フリガナ 氏名			続柄	
				生年月日	
	住所	〒 -			
	電話	- - (携帯 - -)			
	勤務先	(電話: - -)			

上記のとおり、貴施設の利用を申し込みます。また入所要件の確認のため、申込書の情報を他施設より収集すること、および公的機関から介護保険に関する情報(要介護度・資格の有無)を収集することに同意します。

令和 年 月 日

※ご家族が代筆の場合

利用者氏名: _____ 印 代筆者氏名: _____ (続柄 _____)

申込者: 氏名 _____ 印 (続柄 _____)

住所 〒 -

電話 - -

日常生活 (ADL) 状況について

利用者氏名

様

記入者氏名

様(続柄:)

ご記入日: 年 月 日

移動	移動手段	独歩・杖・介助歩行・歩行器・車椅子・その他()				
	車椅子操作	自立・見守り・一部介助・全介助	起立	自立・見守り・一部介助・全介助		
	移乗動作	自立・見守り・一部介助・全介助	立位	自立・見守り・一部介助・全介助		
	寝返り	自立・一部介助・全介助	体交	無・有(時間毎)		
	麻痺	無・有(右・左・上肢・下肢)	拘縮	無・有(部位:)		
	装具	無・有(種類:)				
	特記					
食事	摂取動作	自立・見守り・一部介助・全介助・胃瘻	摂取量	主食()割 副食()割		
	食形態	主食	米飯・軟飯・全粥・ミキサー粥	副食	常菜・一口大・きざみ・ミキサー	
		とろみ	無・有		補助食品	無・有(商品名:)
	療養食	無・有(糖尿病食()Kcal 減塩食()g その他())				
	経管栄養	商品名:	禁止食品	食品名:		
	吸引	無・有(食前・食後 回)		ムセこみ	無・有	
	用具	箸・スプーン・フォーク・自助食器・エプロン				
特記						
排泄	日中	排泄方法	トイレ・Pトイレ・尿器・バルンカテテル(Fr)・ストマ・オムツ(テープ・パンツ・パッド)			
		介助量	自立・見守り・一部介助・全介助	失禁	無・有	
	夜間	排泄方法	トイレ・Pトイレ・尿器・バルンカテテル(Fr)・ストマ・オムツ(テープ・パンツ・パッド)			
		介助量	自立・見守り・一部介助・全介助	失禁	無・有	
	尿便意	尿意: 無・有 便意: 無・有				
便秘	無・有(下剤使用: 無・有) 薬剤名:					
特記						
入浴	入浴方法	一般浴・リフト・チェア・ストレッチャー・清拭・その他()				
	介助量	自立・見守り・一部介助・全介助	入浴拒否	無・有(常時・時折)		
	特記					
着脱	介助量	自立・見守り・一部介助・全介助	更衣習慣	無・有		
特記						
口腔清拭	介助量	自立・見守り・一部介助・全介助				
	義歯	無・有(一部(上・下)・総義歯)	義歯管理	可・不可		
	特記					
睡眠	入眠状況	良眠・浅眠・不眠	眠剤	無・有(薬剤:)		
	特記					
コミュニケーション	難聴	無・有(右・左 / 軽度・中度・重度)	補聴器	無・有(右・左)		
	視力障害	無・有(右・左 / 特記:)	眼鏡	無・有		
	言語障害	無・有(特記:)				
	意思疎通	良好・その場合は可能・難しい	ナースコール	可・不可		
	レク参加	積極的・普通・消極的・無関心・拒否				
	認知機能	健忘・失見当識・記憶力障害・人物誤認・幻覚・幻聴・妄想・作話・徘徊・異食				
		昼夜逆転・暴言・暴力・不潔行為・性的異常				
特記						
備考						

生活状況調査票

介護老人保健施設 安寿 のご利用を希望される皆様に、適切なサービスを提供することが出来るよう、ご要望等をお伺いする為の用紙です。ご記入いただき、ご面談時にご持参ください。

ご面談時にお持ちいただくもの ※保険証類はコピーをとらせていただきます

- 利用申込書 介護保険被保険者証 医療保険証
 診療情報提供書 介護保険負担割合証 その他(介護保険負担限度額認定証など)
 ADL表・精神状況について

病歴

過去・現在・ご病気の 治療中の	年月日	病名	医療機関

受診・入院希望
医療機関名

第1希望
第2希望

※ご希望なしの場合は、当施設の協力医療機関「高田馬場病院」に相談させていただきます

家族構成

氏名	性別	続柄	同居別	家族等が介護できる時間
				<input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> 2～3時間程度 <input type="checkbox"/> 半日程度 <input type="checkbox"/> 必要なときに手を貸す程度 <input type="checkbox"/> ほとんど終日 <input type="checkbox"/> その他()

今後の退所予定先 自宅 ・ 有料 ・ 特養 ・ 他老健 ・ その他

施設名	

※お申込み中の施設名をご記入ください