

介護老人保健施設「からたちの丘」利用申込書

申込日 年 月 日

利用者氏名 (ふりがな)						
(男・女) 明・大・昭 年 月 日生 (歳)						
利用者住所 〒						
電話 () -						
申請者氏名 (ふりがな)						
利用者との続柄:						
申請者住所 〒						
電話 () -						
携帯 - -						
上記以外の連絡先 氏名						
電話 () -						
続柄						
携帯 - -						
ご家族氏名	別居・同居	続柄	年齢	居住市町村	備考	主な介護者に○
	別居・同居					
	別居・同居					
	別居・同居					
	別居・同居					
	別居・同居					
介護保険証 認定済 (認定日:平成 年 月 日)・申請中 (申請日:平成 年 月 日)						
被介護保険番号						
(10桁)						
要介護認定						
要支援1・2・要介護1・2・3・4・5						
認定有効期限						
平成 年 月 日～平成 年 月 日						
居宅サービス計画作成者						
居宅介護支援事業所 () 担当 ()						
負担割合証						
1割負担・2割負担						
負担限度額認定証						
有 (段階) ・無						
医療保険種別						
後期高齢者・社保 (本人・家族) ・国保 (本人・家族)						
生活保護受給						
有 (担当福祉事務所 担当者) ・無						
希望のサービス 1. 入所 2. ショートステイ 3. デイケア (回/週)						
利用希望期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (ショート・入所のみ)						
希望理由 (当てはまる□に✓を付けて下さい。複数可)						
<input type="checkbox"/> 病後の療養 <input type="checkbox"/> 認知症にて介護が難しい <input type="checkbox"/> 麻痺や機能障害のリハビリ <input type="checkbox"/> 家族や家庭の事情で介護が困難 <input type="checkbox"/> 慢性疾患の療養の繰り返し <input type="checkbox"/> 独り暮らしが不安 <input type="checkbox"/> 病弱で病気の再発や新たな病気の発症が心配 <input type="checkbox"/> その他 ()						
現在の状況						
1. 自宅: かかりつけ医 (すべてお書き下さい)						
(病院・診療所・医院・クリニック 科 先生)						
(病院・診療所・医院・クリニック 科 先生)						
(病院・診療所・医院・クリニック 科 先生)						
2. 入院中: (病院 科 平成 年 月 日入院)						
3. 入所中: (施設名 平成 年 月 日入所)						
住居の状況 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 家族持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート・マンション						
<input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()						

裏面もあります、必ず記入して下さい。

最近の病状 (当てはまる□に✓を付け、カッコ内は選択して下さい。複数可)

痛みがある (部位をお書き下さい)
 理解出来ない言動や行動が見られる 視力が落ちている (左・右・両方)
 血圧が高い 耳が遠い (左・右・両方)
 めまいがする 手が不自由 (左・右・両方)
 手足が振るえる (手・足・両方) 足が不自由 (左・右・両方)
 尿や便を失禁する
 その他 ()

日常生活の様子	特記事項
<p>(当てはまる□に✓を付け、カッコ内は選択して下さい。複数可)</p> <p><u>移動</u></p> <p> <input type="checkbox"/> 支えが無くても歩ける <input type="checkbox"/> (杖・歩行器・シルバーカー) を使って移動する <input type="checkbox"/> 車椅子使用にて自走出来る <input type="checkbox"/> 車椅子使用にて介助してもらう <input type="checkbox"/> 寝たきり状態 </p> <p><u>介助</u></p> <p> <input type="checkbox"/> 介助 (一部介助・全介助) が無ければ食事が出来ない <input type="checkbox"/> 介助 (誘導介助・移乗介助) が無ければ排泄が出来ない <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用 (自立・介助) している <input type="checkbox"/> 紙オムツ又は紙パンツを使用している <input type="checkbox"/> 介助が無ければ衣服の着替えが出来ない <input type="checkbox"/> 介助が無ければ入浴出来ない <input type="checkbox"/> 介助が無くても食事・排泄・着替え・入浴出来る <input type="checkbox"/> その他 () </p> <p><u>会話</u></p> <p>自分の言いたい事 <input type="checkbox"/> 伝える事が出来る <input type="checkbox"/> 一部伝える事が出来る <input type="checkbox"/> 伝える事が出来ない</p> <p>相手の言う事 <input type="checkbox"/> 理解出来る <input type="checkbox"/> 一部理解出来る <input type="checkbox"/> 理解出来ない</p>	

退所後の生活

自宅で介護
 家族の家で介護
 自宅で独り暮らし
 老人保健施設・ケアハウス・グループホーム等申請済 (施設名:)
 特別養護老人ホーム (施設名:)
 サービス付き高齢者住宅・有料老人ホーム等 (施設名:)
 未定
 その他 ()