

利用申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			M			年	月	日	(歳)
利用者氏名	(男・女)		生年月日	T					
住所	〒				TEL		()		
保証人	氏名	続柄()	TEL	自宅	()				
	住所	-		携帯	()		勤務先	()	
緊急連絡先	氏名	続柄()	TEL	自宅	()				
	住所	-		携帯	()		勤務先	()	
希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア)								
	<input type="checkbox"/> 【居室希望】 <input type="checkbox"/> 個室トイレなし <input type="checkbox"/> 個室トイレ付(1日500円)								
	<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> ベッドテーブル <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 【リース】 [() コース希望 不要]								
利用目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 病院からの家庭復帰 <input type="checkbox"/> 機能訓練のため								
	<input type="checkbox"/> 介護者がいない [日中・夜間] <input type="checkbox"/> 認知症のためお世話が難しい								
	<input type="checkbox"/> 家族が所用のため <input type="checkbox"/> その他()								
要介護区分	要支援 [1 2] 要介護 [1 2 3 4 5] 更新申請中 変更申請中								
保険種別	介護保険負担割合(割)		食費の標準負担額減免 [無・有 () 段階]						
	生活保護(担当者名:)								
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活中 独居・同居()								
	一戸建て・マンション()階 [エレベーター 有・無]								
	どのようなサービスをご利用中ですか。当てはまる項目全てにご記入下さい。								
	<input type="checkbox"/> デイサービス 週 日 <input type="checkbox"/> デイケア 週 日 <input type="checkbox"/> ヘルパー 週 日								
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 週 日 <input type="checkbox"/> ショートステイ 泊 × 月 回								
	<input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名: 入院期間: 年 月 日 ~)								
	<input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名: 入所期間: 年 月 日 ~)								
	かかりつけの医療機関についてお教え下さい。								
	医療機関名: 診療科目: 科 医師								
利用者の状態	日常生活についてお教え下さい								
	移動 [歩行 杖歩行 歩行器 シルバーカー 車イス]								
	食事 [自立 要監視 一部介助 全介助]、むせ [有・無]、義歯 [有・無]								
	食事形態 [普通食 特別食() 主食形態() 副食形態()]								
	排泄 [自立 要監視 一部介助 全介助]、おむつ類 [無 パット 紙パンツ テープ式]								
	入浴 [自立 要監視 一部介助 全介助]								
	更衣 [自立 要監視 一部介助 全介助]								
	意思疎通 [正常 可能 やや困難 非常に困難]								
	問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [徘徊 昼夜逆転 無気力 暴力 (その他)]								
	日中していること [テレビ 読書 新聞 手芸 睡眠 その他()]								
	睡眠状況 [良眠 不眠] 眠剤 [使用() 不使用]								
	身長	cm	体重	kg					
退所後の予定 (入所希望者のみ)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 現住所に退所 <input type="checkbox"/> その他()								
	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> まだ申込をしていない								
	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 既に申し込みをしている 申込施設名()								

介護老人保健施設 すばる六甲

記入者