介護老人保健施設 足立老人ケアセンター 利用申込書

申込日　　年　　月　　日	足立老人ケアセンター利用申込書　2019.2.1

ご利用者	ふりがな 氏　名　　生年月日　T・S　　年　　月　　日 性別（　男　・　女　） （〒　　－　　）　電話　　－　　－ 住　所
ご家族①	ふりがな 氏　名　　生年月日　　年　　月　　日 （続柄　　）　性別（　男　・　女　） （〒　　－　　）　電話　　－　　－ 住　所
ご家族②	ふりがな 氏　名　　生年月日　　年　　月　　日 （続柄　　）　性別（　男　・　女　） （〒　　－　　）　電話　　－　　－ 住　所
主治医	病院　　先生

あてはまる選択肢に〇印をつけてください。

◆ ご希望の療養棟

一般療養棟（老健２階）　・　認知症対応棟（老健３階）

◆ ご希望のサービス

施設入所　・　短期入所療養介護（ショートステイ）

◆ ご希望の部屋

個室　・　二床室　・　多床室

※１日あたり【個室】4.000円(税別)　【二床室】2,000円(税別)

◆ ご希望の利用期間

・ ベッドが空き次第

・　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

・ その他（　　）

◆ ご利用目的

□ リハビリ　□ 家族休養

□ 在宅介護困難　□ 他施設への入所待ち　□ その他

◆ 介護保険について

要介護度（要支援の方はショートステイのみご利用いただけます）

要支援　1　2

要介護　1　2　3　4　5

□区分変更中
（申請・調査日：　　）

認定有効期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)

【事業所名：　　氏名：　　】

↓裏面に続きます

◆ 医療保険について

□ 後期高齢者　□ 国民健康保険　□ 社会保険

□ 生活保護［　　福祉事務所　担当：　　］

◆ ご利用者の現在の居場所について

① 自宅　→ 担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)

【事業所名：　　氏名：　　】

→ ご利用中の介護サービス

□ デイサービス　□ 訪問介護　□ ショートステイ

□ 訪問リハビリ　□その他

② 病院に入院中　→ 入院日：　　年　　月　　日

【病院名：　　担当相談員：　　】

③ 施設に入所中　→ 入所日：　　年　　月　　日

【施設名：　　担当相談員：　　】

◆ 当施設入所後に希望する退所先

自宅での生活　・　他の施設での生活　・　検討中

◆ 特別養護老人ホームへの入居申込について

・ 申込済み　【第一希望施設：　　申込日：　　年　　月頃】

・ 今後申し込む予定　・ 申し込む予定はない

◆ 現在のお身体の状態について

移動手段［ 歩き ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ その他 ］

立位保持［ できる ・ つかまればできる ・ できない ］

座位保持［ できる ・ 支えが必要 ・ できない ］

食事摂取［ できる ・ 見守り ・ 一部介助 ・ できない ］

着替え［ できる ・ 部分的にできる ・ できない ］

排　泄　□トイレ（昼 ・ 夜）　□ポータブルトイレ（昼 ・ 夜）　□オムツ（昼 ・ 夜）

意思疎通［ 会話が出来る ・ 話は理解できるがしゃべれない ・ 理解できない ］

視　力［ 問題なし ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ 点眼薬あり ］

認知症［ なし ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ］

周辺行動　□徘徊　□暴言　□暴力　□不潔行為　□異食　□大声　□幻覚幻聴
□帰宅願望　□昼夜逆転(不眠・睡眠障害)　□介護への抵抗　□妄想
□火の不始末　□その他

◆ 次の中に概ね過去６か月間に発生した事象はございますか

［ 転倒転落 ・ 骨折 ・ 発熱 ・ 脱水 ・ 誤嚥 ・ 褥瘡 ］

ご協力ありがとうございました。