

足立老人ケアセンター利用申込書

相談0403

申込み日 平成 年 月 日

ご利用者様	ふりがな 氏名 _____ 性別(男・女)
	(〒 -) 生年月日 T・S 年 月 日 住所 電話 - -
ご家族様	ふりがな 氏名 (続柄) 性別(男・女)
	(〒 -) 電話 - - 住所 携帯 - -
面接予定の方	ふりがな 氏名 (続柄) 性別(男・女)
	(〒 -) 電話 - - 住所 携帯 - -
主治医	病院 _____ 先生 _____

1) 希望される療養棟の番号に○印をお付け下さい

- ① 療養棟 ② 認知症対応棟 * 認知症専門棟ではありません

2) 希望されるサービスについて○印をお付け下さい

- ① 入所 ② 短期入所療養介護(ショートステイ)

3) ご希望の利用期間をお教え下さい

- ① ベッドが空けばすぐに
② 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
③ その他()

4) ご利用の希望理由について(要検討)

- リハビリの為 独居の為 高齢者世帯の為
 特別養護老人ホーム入所待機の為

5) 介護保険について

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

認定有効期間

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

6) 医療保険について

- 後期高齢 国保 社保 生保
(福祉事務所 担当:)

7) ご利用者様の現在の居場所について

① 在宅

介護支援専門員名

事業所名()介護支援専門員名()

ご利用中の在宅サービス

- 訪問介護 訪問リハビリ 通所(デイサービス) 短期入所
 住宅改修 福祉用具レンタル

② 病院

病院名()相談員名()

③ 施設

施設名()相談員名()

8) 当施設を退所後、希望される過ごし方として

- 在宅で過ごす
 他施設希望(特養 申込済)

9) 現在他施設等を検討中であれば教えて下さい

- 他の介護老人保健施設 特別養護老人ホーム
 グループホーム 病院

10) 現在のお身体の状態を教えてください

- 1 移動手段(① 歩き ② 杖 ③ 歩行器 ④ 車椅子 ⑤ その他)
2 立位保持(① できる ② つかまればできる ③ できない)
3 座位保持(① できる ② 支えが必要 ③ できない)
4 食事摂取(① できる ② 見守り ③ 一部介助 ④ できない)
5 着替え(① すべて出来る ② 部分的にできる ③ できない)
6 排泄(① トイレ(昼・夜) ② ポータブルトイレ(昼・夜) ③ オムツ(昼・夜))
7 コミュニケーション
(① 会話が出来る ② 話は理解できるがしゃべれない ③ 理解できない様子)
8 視力(① 問題なし ② 問題あり(白内障 手術前・手術後) ③ 緑内障)
9 認知症(① なし ② 軽度 ③ 中度 ④ 重度)
10 周辺行動
a) 被害妄想がある b) 作話がある c) 幻覚がある d) 不穏状態になる
e) 昼夜逆転がある f) 暴言暴行がある g) 独語がある h) 大声を出す
i) 介護抵抗がある j) 徘徊がある k) 帰宅要求がある l) 迷子になる
m) 収集癖がある n) 火の不始末がある o) 物を壊す事がある

ご協力ありがとうございました