

医療法人幸世会 介護老人保健施設 セントラル堀田

入所・短期入所・通所リハ 利用申込書

申込日： 年 月 日

ふりがな		生年 月日	明・大・昭	
利用者名	様 男・女		年	月
ふりがな				
住民票の住所	〒	電話		
ふりがな		連絡 先	電話	
身元引受人 及び申込者	続 柄 様		携帯	
住所	〒	利用者と同居の有無 有・無	就労の有無 有・無	

身元引受人とは下記の要件を満たす方です。

- ①行為能力者（民法第20条第1項に定める行為能力者）であること。
- ②弁済をする資力を有すること。
- ③利用者様が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。
- ④利用者様が利用解除もしくは終了した場合の残置物の引取り等の処置、または利用者様が亡くなった場合のご遺体の引取りをすること。

利用者の現在の状況について、該当欄に丸印をつけてください。

- () 在宅中 → 介護サービスの利用 (有 ・ 無)
 有の場合： 訪問介護・訪問看護・訪問入浴・デイケア・その他 ()
 入院歴 (年 月 日 ~ 年 月 日)
- () 施設入所中 → 施設名： _____ 年 月 日から入所
 担当相談員： _____
- () 入院中 → 病院名： _____ 年 月 日から入院
 退院(予定)日 年 月 日に退院
 担当ソーシャルワーカー： _____

要支援 1 2 要介護度 1 2 3 4 5 申請中	希望利用期間(通所を除く)
-------------------------------	---------------

かかりつけ病院名	今までにかかった大きな病気
----------	---------------

利用希望サービス 入所 ショートステイ デイケア	利用申込みの理由
-----------------------------	----------

特別養護老人ホーム・他の介護関連施設への申込の有無 (有 ・ 無) 有の場合 → 施設名： _____ 申込日： 年 月 日

次のような場合、個人情報の提供をすることに関して承諾の上、同意します。

- ・サービス利用時の入退所検討会議・介護保険更新時もしくは本人の状態の著しい変化時
- ・ケアプラン作成時・サービス担当者会議・居宅サービス連絡会議など

署名： _____

基本情報・本人状況

氏名

本人状況	移動	歩ける 伝い歩き 杖 手押し車 歩行器 車椅子（自操・介助） その他（ ） 注意していること （ ）				
	食事	自分で食べられる 少し介助が必要 全部介助が必要 経管栄養				
		主食： 普通 お粥 ミキサー 副食： 普通 一口大 きざみ 極きざみ ミキサー 箸 スプーン フォーク				
		好きなもの：		嫌いなもの：		
		アレルギー：				
	排泄	トイレ ポータブル 尿器 オムツ 人工膀胱 人工肛門 尿意（ある・ない） 便意（ある・ない）				
		自分でできる 声かけのみ トイレ誘導 介助が必要 オムツ交換				
	着替え	自分でできる 少し介助が必要 全部介助が必要				
	入浴	自分で入れる 少し介助が必要 全部介助が必要				
		デイケア利用の方のみ記入してください 入浴を（希望する・しない）				
	視力	普通 見えにくい 見えない（右・左）				
	聴力	普通 聴こえにくい 聴こえない（右・左）				
	会話	普通 やや不自由 不自由				
	理解力	普通 分かりにくい 分からない				
	意思伝達	普通 あまりできない できない				
	認知症	なし ある				
	問題行動	なし ある（徘徊 ・暴力行為 ・不潔行為 ・その他 ）				
	趣味	囲碁 将棋 カラオケ その他（ ）				
	性格	例) 短気 （ ）				
障害手帳	なし ある（ 級）					
年金	国民 厚生 その他（ ） 年金額（月 円）					
医療状況	経管栄養 胃ろう カテーテル 人工膀胱 人工肛門 インシュリン 在宅酸素 人工透析 その他（ ）					
	睡眠	良 不良（ 服薬： ある ・ なし ）				
	えん下	異常なし むせる つめる				
	入れ歯	なし ある（ 上 ・ 下 ）				
	便秘	なし あり（ 服薬： あり ・ なし）				

居宅介護事業所名： _____

ケアマネージャー名： _____

その他特記事項：