

介護老人保険施設 **湖北やすらぎの里** 利用申込書

申請日: 令和 年 月 日

利用者の状況

フリガナ

氏名: _____ (男性・女性) 生年月日: M・T・S 年 月 日 (歳)

住所: _____ 電話番号: _____

介護保険: 申請中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期限: _____ ~

担当ケアマネ: _____ 事業所名: _____ Tel _____

主治医: _____ 先生 医療機関名: _____ 受診回数: 回/ ヶ月

現在利用中のサービス

1 デイサービス(回/週) 2 デイケア(回/週) 3 ショートステイ(日間/月)

4 訪問介護(回/週) 5 訪問看護(回/週) 6 用具レンタル・その他(_____)

現在の所在 ※該当項目を○で囲んでください。

在宅 : 自宅(老夫婦のみ・独居・同居人あり) 親戚等の家に同居 その他(_____)

入院中 : 病院名: _____ 担当者名: _____ 退院予定日: 月 日頃

施設入所中 : 施設名: _____ 担当者名: _____ 退所予定日: 月 日頃

その他 : (_____)

希望内容 ※該当項目を○で囲んでください。

入所 : (R 年 月 日 ~ R 年 月 日) 希望療養室: 4人部屋・個室・2人部屋

短期入所: (R 年 月 日 ~ R 年 月 日) 送迎希望: 無・有

デイケア : (希望日: 月・火・木・金・土) 入浴希望: 無・有 送迎希望: 無・有

施設に対する希望等

本人: _____

家族: _____

利用後の予定 ※該当項目を○で囲んでください。

在宅 : 自宅 その他(_____)

施設入所希望: 申請未 申請済(申請施設名: _____)

その他 : (_____)

家族構成 (主たる介護者には、介護者の欄に○をしてください ※独居の方の場合は本人のみ氏名をご記入ください。)

氏名	続柄	年齢	介護者	氏名	続柄	年齢	介護者

申請者及び連絡先

申請者氏名: _____ 本人との続柄: _____

連絡先 : 電話番号① _____ 電話番号② _____

※ 利用申し込みは、介護保険被保険者証をご持参の上、施設まで直接お越しください。 担当: 加納・脇坂
 (担当が不在の場合もありますので、事前にお電話をいただくよう宜しくお願いいたします。) 電話: 0749-82-3725

現在までの経過・既往歴 / 施設利用を希望するに至った理由等

疾病名 ※わかる範囲でご記入ください。

服薬内容・治療状況等 ※わかる範囲でご記入ください。

服薬管理: 自立・見守り・一部介助・全介助

身体状況確認欄 ※該当項目を○で囲んでください。

【食事】 自立・見守り・一部介助・全介助

種類 : 主食(普通・軟飯・粥) 副食(普通・軟菜・キザミ・ミサー)
治療食等() 義歯(無・有)
備考 :

【移動】 自立・見守り・一部介助・全介助

寝返り: 可・不可 起き上がり: 可・不可 移乗: 可・不可
用具 : 杖・歩行器・老人車・車椅子・その他()
備考 :

【入浴】 自立・見守り・一部介助・全介助

入浴方法 : 一般浴・中間浴・特浴・シャワー浴・その他
備考 :

【排泄】 自立・見守り・一部介助・全介助

尿意 : 有・時々有・無 便意 : 有・時々有・無
用具 : トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・パット・リハビリパンツ
備考 :

【意思疎通】 可能・ある程度可能・不可

備考 :

【更衣】 自立・見守り・一部介助・全介助

備考 :

【視力】 普通・見えにくい・見えない・不明 眼鏡(無・有)

備考 :

【聴力】 普通・難聴・聞こえない・不明 補聴器(無・有)

備考 :

【麻痺】 無・有(部位:)

【拘縮】 無・有(部位:)

【身長・体重】 cm kg

【アレルギー】 無・有()

【精神状況】 日常生活に支障となる行動(無・有)

被害的 作話 幻視 幻聴 感情の不安定 昼夜逆転 暴言 暴行 大声を出す 介護抵抗 徘徊 不潔行為 異食行為 帰宅願望
物忘れ その他()

備考 :

※現在以外でも過去に1度でも出現した症状にはチェックをお願いします。

【医療処置】

- 経管栄養(胃ろう・鼻注・腸ろう) 喀痰吸引 (回/日) 気管切開
バルンカテーテル ストマ 酸素療法 (L)
インシュリン(回/日) 血糖測定 (回/日)
皮膚トラブル: 無・有(褥瘡・湿疹・その他) 部位・処置等:
その他の医療処置: