

# 利用希望申込書

介護老人保健施設 愛

年 月 日

施設長様

私（下記利用者）は、介護保健法令による要支援・要介護の認定を受けましたので、貴施設の利用を希望します。

※裏面もご記入下さい。

利用者	フリガナ			男 ・ 女					
	氏名	印							
	生年月日	明 大 昭	年	月	日	歳			
	住所	〒 —							
	電話番号	— —							
	要介護（支援）度	申請中	要支援 1	2	要介護 1	2	3	4	5
	認定年月日	年 月 日							
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
	負担限度額区分	第1段階		第2段階		第3段階		第4段階	
身元引受人	フリガナ			続柄					
	氏名	印							
	住所	〒 —							
	電話番号	—	—	FAX 有 ・ 無					
	(携帯電話)	—	—	( )					

## 利用希望内容

① 入所	② 短期入所 (ショートステイ)	③ 通所リハビリテーション	④ 訪問リハビリテーション
------	---------------------	---------------	---------------

※ ②、③、④について、要支援の方は介護予防サービスになります。

施設記入欄 記入しないでください。

利用希望内容	①入所	年 月 日	送迎要 ・ 不要	・一般棟 (3階)
	②短期入所	年 月 日から 年 月 日まで		・認知症棟 (2階)
	③通所リハ ④訪問リハ	年 月 日 ( 曜 ) 希望曜日 毎週 ( 曜日 )		・個室 (トイレ有) 可 ・ 否 ・個室 (トイレ無) 可 ・ 否 ・多床室 可 ・ 否

※1 御記入頂きました利用希望施設と利用開始希望日につきましては、あくまでもご希望として承ります。後日こちらから改めて確認と決定のご連絡をいたします。

※ 2 待機中に他施設への入所が決定した場合や、その他の事情により当施設の利用希望を取り消す場合は、速やかにご連絡下さいますようお願いいたします。

# 調査票

現況	独居 ・ 高齢者所帯 ・ 家族同居 入院中（病院名： ） 入所中（施設名： ）							
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー（介助： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助）						
	食事	主食）米飯・かゆ・ミキサー（箸・スプーン）（介助： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助）						
		副食）普通・一口大・きざみ・ミキサー（介助： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助）						
		朝食）米飯・かゆ・ミキサー・パン 牛乳（可・不可）						
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・オムツ（介助： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助）						
	入浴	一般浴 ・ 特浴（介助： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助）						
	着脱	（介助： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助）						
送迎時介助 自立 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー								
身体状況	視力	普通 ・ 見えにくい ・ 見えない		身長	cm	体重	Kg	
	聴力	普通 ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない		身体障害者手帳	無 ・ 有（ 種 級 ）			
	発語	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由		認知症	無 ・ 有（ ）			
	理解力	普通 ・ 分かりにくい ・ 分からない		問題行動	無 ・ 有（徘徊・不潔行為・他）			
健康状態	現疾患			病歴				
	睡眠	良・不良（服薬： 無 ・ 有）		アレルギー	無 ・ 有（ ）			
	入れ歯	無 ・ 有（上下）		麻痺	無 ・ 有（ ）			
介護の状況	主たる介護者氏名	年齢	歳	男・女	続柄：	就業中 ・ 無職		
		年齢	歳	男・女	続柄：	就業中 ・ 無職		
	（その他の介護者： 無 ・ 有（ 名）		介護期間	年 月頃から				
	窓口相談	無 ・ 有（介護事業所 ・ 役所 ・ 在宅支援センター ・ その他（ ））						
在宅介護支援事業所名（ ） ケアマネージャー名（ ）								
年金の支給状況 無 ・ 有（種類 ） 月の支給額 円／月								
申込み理由								
当施設入所後の行先を○で囲んでください  自宅 家族宅 サービス付高齢者住宅 ケアハウス グループホーム 特別養護老人ホーム  その他（ ）								
備考								