

# 利用申込書

医療法人青樹会

介護老人保健施設ケアプラザおおつち

施設長 殿

令和 年 月 日

下記の通り介護老人保健施設ケアプラザおおつちを利用致したく申し込みます。

利用者氏名	フリガナ (氏名) 殿 男・女  (生年月日) 明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳) (住所)  (電話番号) ( )		
利用希望種類	<input type="checkbox"/> 長期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ		
申し込み理由 (該当するものにレ点)	<input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 介護休養 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 他施設入所希望 (待機)		
	他施設入所申し込み先 ①		
	②		
	③		
年金等	種類	支給年金額	
介護認定の有無と要介護度	介護認定を受けている 有り ・ 無し (申請済・未確認) 有りの場合：要介護度 _____ 被保険者番号 _____ 有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄		
担当事業所と担当ケアマネージャー	(事業所名) _____ (担当ケアマネージャー名) _____	現在のかかりつけ医	医療機関名 _____ 担当医名 _____
利用に当たっての情報収集または提供に対する承諾	下記の項目及び右下備考欄を確認の上、承諾頂けるものにチェック下さい <input type="checkbox"/> サービス利用前の利用者情報を関係各機関から収集することについて <input type="checkbox"/> サービス利用中の利用者情報を関係各機関へ提供することについて <input type="checkbox"/> その他、利用者の当施設が必要とする場合の情報収集 (提供) について		
前項までの要件について確認 (了承) し、かつ身元引受人 (申込責任者) として対応します。また利用に当たっての情報収集または提供に対する承諾も同時に了承します。			
	フリガナ (氏名) 殿 印 (続柄) _____  (住所) _____  (電話番号) ( ) _____		

〈利用者の状況〉

該当するものに○をお付け下さい。

食事	1. 自立 2. 見守り等 (指示含) 3. 一部介助 4. 全介助 5. 経管栄養	
食事形態	(主食) 普通 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ その他の粥食 (7分・5分・3分) ・ ミキサー (副食) 普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー (その他) 経管栄養 (種類名 ) (医師からの制限や食べられない物) 有 ・ 無	
排泄	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助	
	方法	1. トイレ 2. ポータブルトイレ (尿器) 3. オムツ 4. カテーテル等
入浴	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
	方法	1. 一般浴 2. 特殊浴 3. 入浴不可
着脱/整容	1. 自立 2. 見守り等 (指示含) 3. 一部介助 4. 全介助	
移動	1. 自立 2. 見守り等 (指示含) 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不可	
	方法	1. 独歩 2. 杖・シルバーカー 3. 歩行器 4. 車椅子・リクライ車椅子 5. その他
意思疎通	1. 可能 2. 時々可能 3. 出来ない	
認知障害	1. なし 2. 多少あり 3. あり	
認知症・心理・行動面の問題	1. ない 2. 時々 3. ある	現病歴・既往歴
	<input type="checkbox"/> 物忘れ ( <input type="checkbox"/> 時間 <input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 人物) <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> ろう便 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他	

家族構成と介護状況

家族構成図			家族の介護の状況・問題点	
			居住環境 <input type="checkbox"/> 戸建住宅 ( <input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建) <input type="checkbox"/> アパート・集合住宅 (不便なところがあれば)	
続柄	氏名	年齢	職業・学校	特記事項 (電話番号等)
				<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居
				<input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居

\*現在は 1. 入院中 (病院名 )  
2. 自宅  
3. 他施設 (施設名 )

補足<情報提供 (収集) の相手先として考えられるもの>

居宅介護支援事業所、医療機関、介護保健施設 (今後入所の予定または入所申込みを行った施設)、利用者とそのご家族、保険者 (利用者の住所のある各市町村関係機関)

<サービス利用中の施設活動で、情報提供 (収集) に準ずると考えられるもの>

介護保険サービスの質の向上の為の学会、研究会等での事例研究発表等、施設で作成している広報誌への写真、文章での掲載 (外部からの要請含む)、その他施設が必要と認める場合 (この場合はご家族へ確認を取らせて頂きます)