

施設利用申込み書

受付日: 令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生
利用者名	様	年齢	歳	性別	男	・	女
住所	〒		TEL				
第一連絡先	氏名	続柄			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
	住所	〒	TEL	携帯			
現在いる場所	<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 人 家族) <input type="checkbox"/> 入院(入所)中 病院(施設)名: 入院(入所)予定期間: 令和 年 月 日～令和 年 月 日頃						
申込み施設 (希望する施設に○をつけてください)	老人保健施設	まほろばの郷 (塩尻)		萌生の里(木曾平沢)			
	グループホーム	まほろば (塩尻)					
	介護医療院	添え木(塩尻)					
主な病気、手術歴			(年)	内服薬(お薬手帳のコピー可)			
			(年)				
			(年)				
			(年)				
			(年)				
			(年)				
			(年)				
医療的な処置	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開						
その他	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 脳外科の手術をしたことがある <input type="checkbox"/> 薬に対するアレルギー(薬名:) <input type="checkbox"/> 食品に対するアレルギー(食品名:)						
主治医	病院名: (科 先生)						
ケアマネージャー	居宅介護支援所名: 担当者:						
要介護度	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 要支援1 要支援2 申請中(<input type="checkbox"/> 認定調査済み <input type="checkbox"/> 未調査) 未申請						
介護保険負担限度額認定	第一段階(生活保護) 第二段階 第三段階 第四段階						
本人の収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 生活保護						
支払い管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 権利擁護 <input type="checkbox"/> 成年後見制度						
施設利用について	<input type="checkbox"/> 5万円未満 <input type="checkbox"/> 5万円～10万円 <input type="checkbox"/> 10万円～15万円						
1ヶ月に負担可能な額	<input type="checkbox"/> 15万円～20万円 <input type="checkbox"/> 25万円以上						

ご本人の心身の状況	見る	<input type="checkbox"/> 普通に見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	
	聴く	<input type="checkbox"/> 普通に聴こえる <input type="checkbox"/> 耳が遠い <input type="checkbox"/> ほとんど聴こえない <input type="checkbox"/> 筆談	
	話す	<input type="checkbox"/> 用事などを伝えることができる <input type="checkbox"/> ごく簡単な応答のみ <input type="checkbox"/> 話すことはできない	
	立つ	<input type="checkbox"/> 一人で立てる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助で立たせてもらう <input type="checkbox"/> 立たせることはできない	
	歩く	<input type="checkbox"/> 一人歩ける <input type="checkbox"/> 杖をついて歩く <input type="checkbox"/> 歩行器を押して歩く <input type="checkbox"/> 車椅子を自分で操作する <input type="checkbox"/> 車椅子を押してもらう <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自分で寝返りをうてる <input type="checkbox"/> 自分で寝返りできない	
	食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べれる <input type="checkbox"/> 半分介助してもらう <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> お茶や水分をのむときにムセる(トロミをつける) 主食: <input type="checkbox"/> 普通のご飯 <input type="checkbox"/> お粥 おかず: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大に小さめに <input type="checkbox"/> みじん切りに細かく <input type="checkbox"/> ミキサー食	
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 一人で行ける <input type="checkbox"/> 半分介助してもらう) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ交換	
	入浴	<input type="checkbox"/> 一人で行ける <input type="checkbox"/> 半分介助してもらう <input type="checkbox"/> 全部介助	
	認知症	<input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ(その程度の物忘れがある) <input type="checkbox"/> 無断で外に出てしまう可能性がある <input type="checkbox"/> 金銭管理はできない <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 5分前の出来事を忘れる <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 自分の名前が言えない <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 自分の部屋がわからない <input type="checkbox"/> 夜寝ずに動き回ったり、声をあげたりする <input type="checkbox"/> トイレの場所を覚えられない <input type="checkbox"/> 人を怒鳴ったり、叩いたりする <input type="checkbox"/> 食事時間や日課が理解できない <input type="checkbox"/> 大声をあげることがある <input type="checkbox"/> ナースコールは使えない <input type="checkbox"/> 目的なく歩き回り続ける <input type="checkbox"/> 食べ物ではない物を口に入れる <input type="checkbox"/> 不要なものを集める	
その他	<input type="checkbox"/> この半年間くらいで、転んだことがある <input type="checkbox"/> 転んでケガをした <input type="checkbox"/> ベッドから落ちることがある <input type="checkbox"/> 喫煙している		
生活用品	<input type="checkbox"/> 入れ歯(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 補聴器(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> メガネ		
施設希望理由	在宅介護が困難な理由、施設での介護に対する希望・意向、リハビリの目標など		
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日の間 入所を希望 その後の予定 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 施設継続 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 特養申込み済み		
以上のとおり、施設利用を申し込みます。 左記、申込みを希望する施設に対して、この情報を提供することを了承します。 利用中の施設・医療機関、担当ケアマネージャーに対して情報照会することを了承します。 なお、施設での受け入れについては、ご利用者の状態や申込み状況等でご要望にお応えできない場合もございます。その際、他の施設を含めて医師・相談員等の指示にご協力いたします。 令和 年 月 日 申込者氏名() 続柄()			

介護保険証コピー、診断書コピーがあれば添付してください。

この情報は施設申込み、入所検討にのみ使用します。 受付施設名: 担当者:

入所	時	令和 年 月 日
検討会議	検討内容	
	検討結果	入所(予定: 令和 年 月 日～) 入所不可(理由:)