

# 老人保健施設かわなべ寿光苑入所利用申請書

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 申 請 年 月 日                                                                                                                                                                                                                            | 令和                      年                      月                      日                      曜日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| 利 用 者 氏 名                                                                                                                                                                                                                            | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |      | 男・女                                                       | 生年月日                                                                                                   | 明大昭                      年                      月                      日 |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| 介 護 認 定                                                                                                                                                                                                                              | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |      | 有効期限                                                      | 年                      月                      日から<br>年                      月                      日まで |                                                                          |
| 申 請 理 由                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護困難 (                      ) <input type="checkbox"/> 環境不備 <input type="checkbox"/> その他 (                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| 世 帯 状 況                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 同居あり (                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| 現 在 の 居 所                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所 (施設名 :                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )<br><input type="checkbox"/> 入院 (病院名 :                      ) (入院日 :                      年                      月頃から)                                                                                                                                                                                                              |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| 申 請 者 ・ 連 絡 者                                                                                                                                                                                                                        | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | フリガナ |      |                                                           | 続柄                                                                                                     |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |      | 携帯                                                        |                                                                                                        |                                                                          |
| 現 在 利 用<br>在 宅 サ ー ビ ス                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 訪問介護 (                      )<br><input type="checkbox"/> 通所リハ (                      )<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 (                      )<br><input type="checkbox"/> 訪問リハ (                      )<br><input type="checkbox"/> 通所介護 (                      )<br><input type="checkbox"/> 往 診 (                      )<br><input type="checkbox"/> 給食サービス (                      )<br><input type="checkbox"/> そ の 他 (                      ) |      | 家族構成 | <input type="checkbox"/> =男性 <input type="checkbox"/> =女性 |                                                                                                        |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| 主 治 医 ・ 病 院                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| ケアマネジャー                                                                                                                                                                                                                              | 事業所名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |      |      | 担当者名                                                      |                                                                                                        |                                                                          |
| 今 後 の 方 向 性                                                                                                                                                                                                                          | 1. 在宅    2. 特別養護老人ホーム    3. その他施設 (                      )    4. 未定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| 備 考                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |
| <p>施設長 殿</p> <p>貴施設に入所を希望する為申し込みします。</p> <p>また、入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業者、病院等から情報提供を受けることに同意します。</p> <p>令和                      年                      月                      日</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ 代筆者 _____ 続柄 _____</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |      |                                                           |                                                                                                        |                                                                          |

## 日常生活動作

| 項目      |    | ☆ 該当するところに○をつけて下さい ☆                                                                     |
|---------|----|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事 状 況 |    | 普通食 ・ 注入食（ 経鼻経管栄養 ・ 胃瘻 ・ 他（ ））<br>はし ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助食器<br>自 立 ・ 食べこぼしが多い ・ 一部介助 ・ 全介助 |
| 排 泄     | 日中 | トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿 器 ・ オムツ<br>1人でできる ・ 一部介助が必要 ・ 全介助<br>尿意・便意の訴え : あり ・ なし               |
|         | 夜間 | トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿 器 ・ オムツ<br>1人でできる ・ 一部介助が必要 ・ 全介助<br>尿意・便意の訴え : あり ・ なし               |
| 衣 服 着 脱 |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない                                                               |
| 寝 返 り   |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない                                                               |
| 起き上がり   |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない                                                               |
| 立 位     |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない                                                               |
| 移 乗     |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない                                                               |
| 歩 行     |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない<br>【 歩行器 ・ シルバーカー ・ 杖 ・ 装 具 】                                 |
| 車 椅 子   |    | 使用していない ・ 1人で操作できる ・ 一部介助すれば操作できる ・ できない                                                 |
| 入 浴     |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない                                                               |
| 洗 面     |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない                                                               |
| 口 腔 ケ ア |    | 1人でできる ・ 一部介助すればできる ・ できない                                                               |
| 会 話     |    | 普 通 ・ 大体可能 ・ やや可能 ・ 不可能                                                                  |
| 視 力     |    | 普 通 ・ 大体見える ・ ひどく悪い ・ 見えない                                                               |
| 聴 力     |    | 普 通 ・ 大体聴こえる ・ 聴こえにくい ・ 聴こえない                                                            |
| 理 解 力   |    | 普 通 ・ 大体理解できる ・ やや理解できる ・ 不可能                                                            |
| 認 知 症 状 |    | あ り ・ な し                                                                                |
| 備 考     |    |                                                                                          |