

利用申込書

介護老人保健施設とよさと
施設長殿

この度、以下の者、貴施設への利用を申し込みます。

利用に際しては、貴施設管理規定及び「お約束事」を遵守することを誓約致します。

利用者	ふりがな		性別	生年月日		
	利用者氏名	印		大正・昭和 年 月 日		
	住所	〒		TEL		
	現在状況	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 サービス無・サービス有 ()				
		<input type="checkbox"/> 入院中		入院先:	いつから:()	
		<input type="checkbox"/> 施設入所中		入所先:	いつから:()	
介護保険	<input type="checkbox"/> 介護5 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 申請中 (/)					
介護サービス	居宅介護支援事業所名:			担当ケアマネ:		
身元引受人	ふりがな		年齢	続柄	職業	
	氏名	印				
	住所	〒 (利用者と同じ)			【自宅】 【携帯】	
家族構成	氏名	年齢	関係	職業	勤務状況(例:8時~17時、3交代etc.)	
					
					
					
入所希望内容	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難 <input type="checkbox"/> その他				
	希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい				
	希望期間	<input type="checkbox"/> 1カ月 <input type="checkbox"/> 3カ月 <input type="checkbox"/> 未定				
	今後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設への入所申込み <input type="checkbox"/> 検討中				
	希望理由 介護上の 問題					
※入所に際しては当施設の受け入れ基準に沿ってご案内させて頂く為、申込み順では無い事をご理解下さい。						

利用者状況調査表

記入年月日		年 月 日	記入者氏名	関係 ()
日常生活動作能力	食事	<input type="checkbox"/> 自立 (ごはん) <input type="checkbox"/> 一部介助 (おかず) <input type="checkbox"/> 全介助 (お粥) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ (その他) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 胃ろう		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 使用器具 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ		
	衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 (補助具) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> なし		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 (義歯使用) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 自歯)		
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり (眼鏡の使用) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 難聴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右)		
問題行動	<input type="checkbox"/> あり (下記の該当項目をチェック) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 徘徊 (屋内外をあてもなく歩き回る) <input type="checkbox"/> 不穏興奮 (興奮して騒ぎ立てることがある) <input type="checkbox"/> 不潔行為 (便をもてあそぶ・場所をかまわず放尿) <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 (自殺願望・自分の衣服を裂く) <input type="checkbox"/> 妄想		問題行動について具体的に記入	
主治医・病歴・お薬について	主治医	主治医氏名	病院名	連絡先 (電話)
	・主な病気について分かる範囲で記入してください。			
	1	2	3	4
5	6	7	8	
9	10	11	12	
・現在、飲んでいる薬について分かる範囲で記入してください。				
その他	何かあればご記入ください。			