

社会福祉法人 ぶどうの枝福祉会
 介護老人保健施設 出石愛の園 利用申込書

入 所 (長期 ・ 短期)

ご希望を○で囲んでください。

老人保健施設 出石愛の園 殿

貴施設を利用致したく、下記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	生 年 月 日	年齢
利用希望者 氏 名	印			明治・大正・昭和 年 月 日生	歳
住 所	(〒 -) 電話番号() -				
連絡先	昼 間(電話番号等) () - (氏名等)		夜 間(電話番号等) () - (氏名等)		
申込代理者	ふりがな			利用希望者との続柄	
	氏 名				
	住 所	(〒 -) 電話番号() -			
現在の状況	1. 家 庭 (1人暮らし・高齢者世帯・家族同居・その他[]) 2. 入 院 中 病院名 _____ 入院年月日 年 月 日 疾患名 _____ 退院予定日 年 月 日 3. そ の 他 ()				
要介護区分	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中				
介護保険被保険者番号					
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		認定日	年 月 日	
介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 申請中				
医療管理	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している (<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> その他[])				
居宅介護支援事業者名			担当者名		
申込理由	<input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 病院等から退院を求められている <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入所希望期間 平成 年 月 日~平成 年 月 日 []				
退所後について	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 他の施設に入所を希望 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 長期入所申し込み済み 申込日 年 月 日 (施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()				

裏面もご記入下さい。

日常生活動作	移動	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> すべて介助が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 1人で歩く・つたい歩き・手をひく・いざる・這う・杖を使う 老人車を使う・車椅子を使う・ストレッチャーを使う その他()				
	食事	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> すべて介助が必要 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 主食 (ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー ・ とろみが必要) 副食 (普通 ・ 刻む[一口大、みじん切り] ・ ミキサー ・ とろみが必要)				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> すべて介助が必要 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 差込尿便器 ・ オムツ ・ カテーテル(管) その他()				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要 入浴方法: (一般浴 ・ 特殊浴)				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> すべて介助が必要				
認知症状	(無し ・ あり) 主な症状 ・物忘れがある ・不安で人を呼ぶ事が多い ・同じ事を言う ・トイレ以外で排泄をする ・大声を発する ・物を集めてしまいこむ ・夜間眠れない ・時間、場所の勘違いをする ・不潔行為 ・怒鳴る、暴力を振るう ・火の不始末がある ・徘徊(屋内 ・ 屋外) ・介護者に抵抗する事がある ・その他()					
かかりつけ病院 主治医名	① 病院 科 Dr		受診頻度 (ヶ月に 回)			
	② 病院 科 Dr		受診頻度 (ヶ月に 回)			
主病名			発症年月日	年 月 日		
過去の病歴			発症年月日	年 月 日 年 月 日		
部屋希望	4人部屋 ・ 個室 ・ 2人部屋 ・ 指定なし					
その他	(入所中の受診について) ・入所中、他の医療機関を受診する事は、原則できない事になっており、当施設の医師が必要と認めた場合のみ、受診して頂きます。その際には、ご家族様の付き添いが必要となります。 <input type="checkbox"/> 家族で対応できる <input type="checkbox"/> 家族で対応できない 理由: (緊急時の対応について) ・入院、緊急時、面談、医師が必要と判断した場合には連絡をいたします。(場合によっては早急に施設にお越し頂きます) <input type="checkbox"/> 家族で対応できる <input type="checkbox"/> 家族で対応できない					
家族状況	氏名	続柄	性別	同居・別居	住所(お勤め先)	連絡先

※ ご記入いただきました個人情報、介護老人保健施設内で安全に保管します。またいかなる第三者にも個人情報を提供する事はありません。但し、ご利用されるにあたり、ご家族の同意の上、情報収集や確認の為に、関係機関と連絡を取らせていただく場合があります。