

利用申込書

希望施設	サービス付き高齢者向け住宅 せんだんの実 長田	認知症対応型共同生活介護 グループホーム 白檀	看護小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能 みどり
------	----------------------------	----------------------------	-------------------------------

申込日 年 月 日

ふりがな		性別	明治 大正 昭和
本人氏名			年 月 日 (才)
現住所	〒	電話番号	

介護保険 被保険者証番号										
介護度		認定有効期間	令和 年 月 日 ~	年 月 日						
居宅介護支援事業者及び 担当ケアマネージャー					Tel	-	届出年月日	年 月 日		

負担割合	割	有効期間	令和 年 月 日 ~	年 月 日						
------	---	------	------------	-------	--	--	--	--	--	--

相談者		続柄		年齢	
住所	〒	電話番号	()	-	
		携帯番号	()	-	
勤務先		電話番号	()	-	

連絡先	氏名	年齢	住所	続柄	電話番号

入居又は利用

希望期間	月 日 頃から	理由	
------	---------	----	--

利用に関する御要望・ご意見をご記入ください

既往歴

今まで下記の病名と診断されたことはありますか？ あてはまるものに○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 骨折 膝関節症 便秘症 脳血管障害
 腰痛症 床ずれ 水虫 疥癬 白内障 緑内障 難聴 消化器疾患

今までに入院をされた事がありますか？ また、手術を受けたことがありますか？

はい

病名 () 病院名 () 時期 () 手術 有・無
 病名 () 病院名 () 時期 () 手術 有・無
 病名 () 病院名 () 時期 () 手術 有・無
 病名 () 病院名 () 時期 () 手術 有・無

現在の状況

入院中 : 病院名 () 病名 () () 入院日 () 退院予定日 ()
 施設入所中 : 施設名 () 入所日 () 退所予定日 ()
 自宅療養中 : 往診 / 通院 病院名 ()

現在飲んでいる薬と、回数をご記入ください

家屋の状況

一戸建て マンション アパート 公営 / 持ち家 賃貸
 (階建て 階 エレベーター 有・無)
 専用居室 (有・無) 寝具 (ベット・布団) トイレ (洋式・和式)

社会資源

身体障害者手帳 : 無・申請中・有 (種 級 年 月 日交付)
 障害名 ()

過去に以下の施設サービス及び在宅サービスを利用したことはありますか？

ショートステイ デイサービス(ケア) 入浴サービス 訪問看護 ヘルパー
 配食サービス 日常生活用具の給付
 特別養護老人ホーム 介護老人保健施設 療養型病院 グループホーム その他

生活状況

趣味 : 以前 [] 現在 []
 性格 : [] 以前の職業 : []

身体状況

1 **移動** : 屋外 [杖 歩行器 車椅子] 室内 [杖 歩行器 車椅子]
 2 **食事** : すべて介助 少しの手助け 困難だが1人でできる 十分できる
 はし スプーン・フォーク エプロン その他 (使用)
 好きな食べ物 [] 嫌いな食べ物 []
 食事の工夫 [] アレルギー・禁食品 []
 入れ歯 使用している・ 使用していない
 3 **排泄** : 日中 [おむつ リハビリパンツ 自立 ポータブルトイレ その他]
 夜間 [おむつ リハビリパンツ 自立 ポータブルトイレ その他]
 4 **入浴** : すべて介助 少しの手助け 困難だが1人でできる 十分できる
 5 **更衣** : すべて介助 少しの手助け 困難だが1人でできる 十分できる
 6 **会話** : 全くできない 時々できない 時々できる 十分できる
 7 **認知症** : 無・有
 8 **介護状況** : 介護者有り [午前中・午後・終日] 介護者無し