

依田窪老人保健施設「いこい」
令和 年 月 日

利用申込書

下記により、貴施設の利用を申し込みます。

フリガナ					男・女	大正・昭和		歳
本人氏名						年	月	
住所	〒 ー							
	電話番号							
身元引受人	フリガナ					続柄		
	氏名							
	住所							
	連絡先							
家族構成	氏名		続柄	年齢	同別	仕事の有無等		
●入所希望時期		すぐに希望 ・ 月 日頃						
●居室希望		①個室 ②多床室（2～4人）③どちらでもいい（個室と多床室の利用料は異なります）						

●入所の目的について該当するものに○をしてください。

①在宅生活継続及び在宅復帰のため
②介護者が就労及び不在等
③体調管理の不安
④その他

*上記で○した目的について具体的に教えてください。

--

● 入所中の生活やリハビリに対する意向

ご本人の意向
ご家族の意向

●退所先について

①自宅 ②病院 ③特別養護老人ホーム ④有料老人ホーム、グループホーム等

●現在申し込んでいる施設について

●要介護度、介護負担割合について

要介護度	要介護 1 2 3 4 5	負担割合	割	介護保険負担限度額認定証	有 無
------	---------------	------	---	--------------	-----

※介護保険証、負担割合証、限度額認定証あればコピーの添付お願い致します。

●現在いる場所

①自　宅				②入院（病院名								③施設　（施設名							
担当事業所								担当者氏名 （病院SW、ケアマネ）											

●現在利用している介護サービスについて

デイサービス	週 回	月 火 水 木 金 土 日	
デイケア	週 回	月 火 水 木 金 土 日	
ショートステイ	日程度		
訪問介護	週 回、1日 回	月 火 水 木 金 土 日	(サービス内容)
訪問看護	月・週 回	月 火 水 木 金 土 日	
訪問リハビリ	月・週 回	月 火 水 木 金 土 日	
福祉用具貸与			

●病気について

主病名		
既往歴 (過去にかかった 病気、手術歴)	病名(発症年月日)	
	()	()
	()	()
	()	()
	()	()
	()	()
主治医	病院名	医師名
その他 通院している 医療機関		
生活歴 職業、趣味、性格等		
※お薬情報がわかる書類等の添付お願い致します。		

●認知症について

1. よく物忘れをする。	8. 暴力をふるうことがある。
2. 家族の顔が分からない時がある	9. 徘徊がある
3. 自分の居場所が分からない時がある	10. 夜間に独語がみられる
4. 自分の年齢(生年月日)が分からない	11. 夜間に大声で騒ぐ、不眠がある
5. 幻視、幻聴があったり、妄想がある。	12. 不潔な行為がある
6. 意識が低下してやる気がでない。	13. その他(具体的に)
7. すぐにかっとなったり、イライラすることがある	()

様

状況調査表

移動	起き上がり（自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）		備考
	移動（自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）		
	立ち上がり（自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）		
	段差昇降（自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ）		
	1. 寝たきり 2. 車椅子(自走可能・介助) 3. 歩行器(種類) 4. 杖歩行(種類) 5. 独歩 6. 付き添いの必要性(有・無)		
食事	主食（米飯 ・ 粥 ・ 軟飯 ・ ミキサー）		
	副菜（常菜 ・ 一口大 ・ 刻み ・ 極小刻み ・ ミキサー）		
	食事の量(主食 割)(副菜 割)		
	嚥下障害（有・無）トロミ使用（有→シロップ・ポタージュ・ヨーグルト・無）		
排泄	禁飲食・苦手の食べ物() アレルギー（有・無）		
	摂取状況(自立・半介助・全介助)（箸・スプーン）食べこぼし（有・無）		
	義歯(有→上のみ ・ 下のみ ・ 全義歯・ブリッジ ・ 無)		
	身長： cm 体重： kg		
入浴	療養食（有・無） 糖尿 ・ 心臓 ・ 高脂血症 ・ 腎臓 ・ 貧血		
	日中(自立・介助)失禁(有・無)・夜間(自立・介助) 失禁(有・無)		
	物品(布パンツ ・ 紙パンツ ・ オムツ ・ パット)		
	排泄場所(トイレ ・ ポータブルトイレ ・ オムツ ・ その他)		
内服	日中の排泄回数 約 回 ・ 夜間の排泄回数 約 回		
	下剤の使用(有→種類 日目に使用 ・ 無) 排便間隔 日／ 回		
	在宅や利用施設での入浴の様子や頻度・種類(週 回・ 種類)		
認知症状	洗身・洗髪時の様子(自立 ・ 届かない所のみ介助 ・ 全介助)		
	衣類の着脱(自立・セッティングにて自立・半介助・全介助)		
	在宅や病院での内服方法(自己管理 ・ 家族 ・ 事業所) 管理方法 (一回配薬・カレンダー管理・その他)、薬物アレルギー（有・無）		
居室の間取り	会話理解	出来ない ・ 簡単なことのみ ・ 出来る	
	周辺症状	幻視 ・ 幻聴 ・ 不穏 ・ 焦燥 ・ 徘徊 ・ 暴力行為	
	認知症	重度 ・ 中重度 ・ 軽度 HDSR： 点	
※ベッドの降り口やポータブルトイレ等の配置記入して下さい。			