

施設入所（長期入所） 利用申込書

申込日 年 月 日

福島県厚生農業協同組合連合会 鹿島厚生病院併設
介護老人保健施設 厚寿苑 施設長様

(家族同意欄) ふりがな
申込者 氏名
住所〒

印

電話 ()
(続柄)

利用者	ふりがな 氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)				
	住所 〒					
利用の理由						
治療中の 医療機関	1、 ----- 2、					
現病名 既往歴						
介護保険	申請中 ・ 認定済 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)					
居宅支援事業所	無 ・ 有 事業所名:			ケアマネージャー:		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中(病院) <input type="checkbox"/> 施設()					
	<input type="checkbox"/> その他()					
現在の 利用サービ ス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ・ 訪問リハビリ (利用曜日)		<input type="checkbox"/> デイサービス(利用曜日)			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(利用曜日)		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(利用曜日)			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ(短期入所)		<input type="checkbox"/> 訪問入浴			
	<input type="checkbox"/> 日常生活用具貸与		<input type="checkbox"/> その他()			
リハビリ希望	有 ・ 無					
退所後の 生活	<input type="checkbox"/> 自宅での介護(主介護者 <input type="checkbox"/> 他施設への入所 申請 無 ・ 有 () <input type="checkbox"/> その他()					退所受入時期
家族構成	主介護者	氏 名	続 柄	生年月日	住居区別	備 考
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	
					同 ・ 別	

※裏面(利用者情報)の記入と、介護保険証のコピーを必ず添えてお申込み下さい。

利用者情報(長期入所)

平成 年 月 日 現在

フリガナ

氏名 _____ 様 男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日 歳

項目	自立度	備考	特記
移動	全介助・一部介助・自立	歩行可・不可 杖使用 車椅子使用 (介助・自操可) シルバーカー 使用	
移乗	全介助・一部介助・自立		
食事	全介助・一部介助・自立	主食: 常食 粥 ミキサー 副食: 常食 キザミ 粗キザミ ミキサー	
		制限 無・有() はし・スプーン・フォーク 義歯 有・無	
誤嚥	有り・無し	トロミ 有・無	
排泄	全介助・一部介助・自立 失禁 (有・無)	尿意 有・無 便意 有・無 下剤 有()・無	
		日中: 布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ (トイレ・ポータブルトイレ)	
		夜間: 布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ (トイレ・ポータブルトイレ)	
入浴	全介助・一部介助・自立	一般浴・特殊浴	
衣類の着脱	全介助・一部介助・自立		
整容	全介助・一部介助・自立		
寝返り	出来る・出来ない		
睡眠	良・不良	眠剤 有()・無	
床ずれ	有・無	部位 処置)	
視力	普通・弱視・全盲	メガネ 有・無	
聴力	普通・やや難聴・難聴	補聴器 有・無	
言語	普通・少不自由・不自由		
意思疎通	完全・ある程度・通じない		
拘縮	無・有	部位:	
筋力低下	無・有	部位:	
麻痺	無・有	部位:	
行動障害 (介護抵抗、不眠、大声、徘徊等)	無・有		
医療行為	無・有	インスリン注射(1日 回)・吸引(1日 回)・自己導尿(1日 回)・フォーレ・人工肛門 その他()	
内服薬			
通院・治療状況			

記入例

施設入所（長期入所） 利用申込書

申込日

平成27年 1 月 1 日

福島県厚生農業協同組合連合会 鹿島厚生病院併設
介護老人保健施設 厚寿苑 施設長様

(家族同意欄) ふりがな

かしま たろう

申込者 氏名

鹿島 太郎

印

住所 〒 979-2442

南相馬市鹿島区横手字八郎内3番地

電話 (46) 1113

(続柄 夫)

利用者	ふりがな 氏名	かしま 鹿島	はなこ 花子	生年月日	M・T・S	1年 1月 1日 (89 歳)
	住所 〒	979-2442	南相馬市鹿島区横手字八郎内3番地			
利用の理由	介護負担の軽減、リハビリ等希望の理由					
治療中の医療機関	1、 ----- 2、					
現病名 既往歴						
介護保険	申請中 ・ 認定済 (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)					
居宅支援事業所	無 ・ 有 事業所名:			ケアマネージャー:		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中(病院) <input type="checkbox"/> 施設()					
	<input type="checkbox"/> その他()					
現在の利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ・ 訪問リハビリ (利用曜日)			<input type="checkbox"/> デイサービス(利用曜日)		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(利用曜日)			<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(利用曜日)		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ(短期入所)			<input type="checkbox"/> 訪問入浴		
	<input type="checkbox"/> 日常生活用具貸与			<input type="checkbox"/> その他()		
リハビリ希望	有 ・ 無					
退所後の生活	<input type="checkbox"/> 自宅での介護(主介護者			退所受入時期)		
	<input type="checkbox"/> 他施設への入所 申請 無 ・ 有 ()					
	<input type="checkbox"/> その他()					
家族構成	主介護者	氏名	続柄	生年月日	住居区別	備考
	<input checked="" type="radio"/>	鹿島 太郎	夫	〇年〇月〇日	同・別	
		鹿島 次郎	長男	△年△月△日	同・別	××県〇〇市
					同・別	
					同・別	

該当する欄に☑又は○、必要事項を記入

※裏面(利用者情報)の記入と、介護保険証のコピーを必ず添えてお申込み下さ

※各項目の該当する箇所を○で印しをつけてください。
また、特記事項等があれば記入下さい。

(別紙)

利用者情報(長期入所)

平成 年 月 日 現在

フリガナ
氏名

_____様 男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日 歳

項目	自立度	備考	特記
移動	全介助・一部介助・自立	歩行可・不可 杖使用 車椅子使用 (介助・自操可) シルバーカー 使用	座位保持等
移乗	全介助・一部介助・自立		
食事	全介助・一部介助・自立	主食: 常食 粥 ミキサー 副食: 常食 キザミ 粗キザミ ミキサー	
		制限 無・有() はし・スプーン・フォーク 義歯 有・無	
誤嚥	有り・無し	トロミ 有・無	
排泄	全介助・一部介助・自立 失禁(有・無)	尿意 有・無 便意 有・無 下剤 有()・無	夜間の排泄回数等
		日中: 布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ (トイレ・ポータブルトイレ)	
		夜間: 布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ (トイレ・ポータブルトイレ)	
入浴	全介助・一部介助・自立	一般浴・特殊浴	
衣類の着脱	全介助・一部介助・自立		
整容	全介助・一部介助・自立		
寝返り	出来る・出来ない		
睡眠	良・不良	眠剤 有()・無	
床ずれ	有・無	部位 処置)	
視力	普通・弱視・全盲	メガネ 有・無	
聴力	普通・やや難聴・難聴	補聴器 有・無	
言語	普通・少不自由・不自由		
意思疎通	完全・ある程度・通じない		
拘縮	無・有	部位:	
筋力低下	無・有	部位:	
麻痺	無・有	部位:	
行動障害 (介護抵抗、不眠、大声、徘徊等)	無・有		
医療行為	無・有	インスリン注射(1日 回)・吸引(1日 回)・自己導尿(1日 回)・フォーレ・人工肛門 その他() ※定期的な注射等を施行されている方は、その他の欄にその旨を記入下さい。	
内服薬		現在内服している全ての薬名を記入、または、資料を添付下さい。	
通院・治療状況		他科受診も含め記入下さい。	