

通所リハビリ・短期入所 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 住所 〒	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)				
利用内容	1、短期入所療養介護 2、通所リハビリテーション 3、介護予防短期入所療養介護 4、介護予防通所リハビリテーション					
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	事業所名:	ケアマネージャー:				
現在の状況	☐ 自宅 ☐ 入院中(病院) ☐ 施設() ☐ その他()					
現在の 利用 サービス	☐ 訪問看護・訪問リハビリ(利用曜日) ☐ デイサービス(利用曜日) ☐ 訪問介護(利用曜日) ☐ 通所リハビリ(利用曜日) ☐ ショートステイ(短期入所) ☐ 訪問入浴 ☐ 日常生活用具貸与 ☐ その他()					
リハビリ希望	有 ・ 無					
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	
					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(通所リハビリ・短期入所)

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	
		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()	
生活状況			

記入例

通所リハビリ・短期入所
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			
利用内容	1、短期入所療養介護 2、通所リハビリテーション 3、介護予防短期入所療養介護 4、介護予防通所リハビリテーション					希望するサービスに○印
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、〇〇病院 ××科 2、△△医院					
現病名 既往歴	1、〇〇(××年発症) 2、……					
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	事業所名:		ケアマネージャー:			
現在の状況	☐ 自宅 ☐ 入院中(病院) ☐ 施設() ☐ その他()					
現在の 利用 サービス	☐ 訪問看護・訪問リハビリ(利用曜日) ☐ デイサービス(利用曜日) ☐ 訪問介護(利用曜日) ☐ 通所リハビリ(利用曜日) ☐ ショートステイ(短期入所) ☐ 訪問入浴 ☐ 日常生活用具貸与 ☐ その他()					
リハビリ希望	有 ・ 無					
家族構成	主介護者	氏 名	続 柄	生年月日	住居区別	備 考
	○	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	
					同・別	

該当する欄に☑又は○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い。

※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(通所リハビリ・短期入所)

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()	
生活状況	出身地、仕事やこれまでの生活状況等記入ください		