

介護老人保健施設 **サンヘルスパア 一燈園** 利用申込書

申込日 平成 年 月 日

受付職員名

| | | | | |
|-----|-----------|---|------|--|
| 申請者 | (ふりがな) 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| | | | 携帯電話 | |

| | | | | |
|--|-------|--|------|--|
| 利用希望者 | ふりがな | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 現住所 | 〒 | 電話番号 | |
| | 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 在宅(通院中) <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 病院または施設名 () | | 主治医 病院: 医師: |
| <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦 <input type="checkbox"/> 息子夫婦 <input type="checkbox"/> 娘夫婦 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|------|--|--|
| 要介護認定 | 区分 | <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 | | | | |
| | 有効期限 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | |
| | 負担限度額認定証 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 第 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 段階 | | | | |
| | 介護保険番号 | | | | | |
| | 居宅介護 支援事業所 | 事業所名 | | 市町村名 | | |
| 一燈園のサービスの利用 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (サービス名:) | | | | | |
| 在宅復帰の希望 | <input type="checkbox"/> 無 (老健利用後は) <input type="checkbox"/> 有 (時期) | | | | | |
| 特養等の他施設への入所申し込みの状況 (済 ・ 予定) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------|------------|---|--|--|--|--|
| 利用者の状況 | 認知症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 | | | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 胃瘻・鼻腔 | | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 おむつの着用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 歩行 (見守り・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (介助・自操) | | | | |
| | ・麻痺 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・意思疎通 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 ・視覚障害 () | | | | |
| | 注意すべき日常の行動 | <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> その他 [] | | | | |
| | 主な既往歴 | 現病 (治療中) | | | | |
| | ・感染症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 () <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 吸引の必要 <input type="checkbox"/> 吸入の必要 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |

※施設の居室は2人部屋と4人部屋があります。(2人部屋は通常の費用の他に1日当たり別途千円かかります)
 4人部屋希望 2人部屋希望 早く入所したいのでどちらでもよいです

| | | |
|-------|----------|---|
| 施設記入欄 | 在宅復帰の可能性 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 入所の緊急性 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | その他 | |