

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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
<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	