介護老人保健施設　**サンヘルスピア　一燈園　利用申込書**

申込日	令和　　年　　月　　日		受付職員名	

利用希望者	ふりがな		生年月日	□明治　□大正　□昭和 年　月　日　歳
	氏　名		性別	男　・　女
	現住所	〒　　－ 電話番号		
	現在の状況	□　在宅（通院中）　□　入院中　□　施設入所中 病院または施設名　（　　　）	主治医	病院： 医師：
		□　独居　□　高齢者夫婦　□　息子夫婦　□　娘夫婦　□　その他（　）		
在宅復帰予定		□　無　（老健利用後は　　）　□　有　（時期　　）		

申請者	（ふりがな） 氏　名		続　柄	
	住　所	〒　　－	電話番号	
			携帯電話	

要介護認定	区　分	□　要介護１　□　要介護２　□　要介護３　□　要介護４　□　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	□　無　□　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		
		担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	市町村名	
一燈園のｻｰﾋﾞｽの利用		□　無　□　有（サービス名：　　）		
特養等の他施設への入所申し込みの状況（　済　・予定　）		□　無　□　有　（　　）		

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

※この利用申込書に介護保険証の写しを添付してください。入所時には診断書と身体状況調査表が必要となります。