

老人保健施設虹 入所申込書

申込日 年 月 日

【添付書類】 ※下記の写しを添付してください。

- お薬手帳 医療保険証 医療保険減額認定証 各種手帳(身体障害者手帳等)
介護保険証 介護保険負担割合証 介護保険限度額認定証

| | | | | |
|------|-----|-----|----|--|
| 施設記入 | 受付日 | 受付者 | 転帰 | <input type="checkbox"/> 他施設入所() <input type="checkbox"/> 死亡() <input type="checkbox"/> その他() |
|------|-----|-----|----|--|

| | | | |
|-----|------|-----|-------------------|
| 利用者 | ふりがな | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | 男女 | 大正・昭和 年 月 日生 (歳) |
| | 住所 | TEL | |

| | | | | |
|-----|------|-------|----|----------------------|
| 申込者 | ふりがな | 続柄() | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | 男女 | 大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳) |
| | 住所 | TEL | | |

| | | | | | |
|------|------------|---------------------------|--|---------------|---|
| 介護保険 | 要介護度 | 1・2・3・4・5・申請中(更新・変更: / 付) | 有効期限 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| | 被保険者番号 | 限度額証 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中(/ 付) | 負担割合証 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 |
| | 居宅介護支援事業所名 | 担当ケアマネジャー | | | |

| | | | | |
|------|-------|--|-------|--|
| 医療保険 | 健康保険 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() | 減額認定証 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中(/ 付) |
| | 保険者番号 | 記号・番号 (被保険者番号) | | |

| | |
|----|---|
| 手帳 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) (障害名:) |
| | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 被爆者手帳 <input type="checkbox"/> その他 () |

| | |
|-------|--|
| 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 入院中(病医院名) 入院年月日 年 月 日 より |
| | <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名) 入所年月日 年 月 日 より |
| | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> その他 () |

| | | |
|--------|-------|-----|
| かかりつけ医 | 医療機関名 | 医師名 |
|--------|-------|-----|

| | | |
|---------|------------|------------|
| 既往歴・現病歴 | (年 月 日発症) | (年 月 日発症) |
| | (年 月 日発症) | (年 月 日発症) |
| | (年 月 日発症) | (年 月 日発症) |
| | (年 月 日発症) | (年 月 日発症) |

| | |
|--------|--|
| 生活歴・経過 | ※今までの経過、生活の様子、性格、趣味など。出来るだけ詳細にご記入ください。 |
|--------|--|

| | |
|----------|--|
| 利用希望内容 | <input type="checkbox"/> 長期入所を希望(次の施設が空くまで) <input type="checkbox"/> 中期入所(1~3ヶ月)を希望する(在宅復帰) |
| | 理由 |
| | 他申込み施設 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 施設名() |
| 入所時の居室希望 | <input type="checkbox"/> 1人部屋(差額室料1580円) <input type="checkbox"/> 2人部屋(差額室料730円) <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 特になし |

| | | | | | | | | |
|-------|---------|----|----|----|-----|------|------|----|
| 緊急連絡先 | 氏名(連絡順) | 続柄 | 年齢 | 就業 | 同・別 | 電話番号 | 家族構成 | |
| | ① | | | | | 自宅 | | |
| | | | | | | 携帯 | | |
| | ② | | | | | | | 自宅 |
| | | | | | | | | 携帯 |
| | ③ | | | | | | | 自宅 |
| | | | | | | 携帯 | | |

男 女 本人は☆を付けてください。
 同居者は囲ってください。

身体状況

| | | | |
|---------------------------------|-------|---|--|
| 基本情報 | | 血液型： 型 Rh (+ -) | 身長： cm / 体重： kg (月 日現在) |
| 食事 | ADL | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 内容 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食(Kcal) <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 経管 | <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 栄養剤() | |
| | 主食 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> ミキザ- <input type="checkbox"/> むすび | 水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() |
| | 副食 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一〇大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキザ- | 水分とろみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度：) |
| | 補助食品 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | |
| | 方法 | <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具() <input type="checkbox"/> 自助食器(主食・副食) <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 摂取量 | <input type="checkbox"/> 概ね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割程度 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | 嗜好 <input type="checkbox"/> 好き() <input type="checkbox"/> 嫌い() |
| | 義歯 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口上(部分・総) <input type="checkbox"/> 口下(部分・総)) | |
| 特記事項 | | | |
| 排泄 | 方法 | <input type="checkbox"/> トイレ(和式・洋式・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> おしめ交換 <input type="checkbox"/> バルン(交換日： 月 日/交換頻度) <input type="checkbox"/> ストーマ(交換日： 月 日) <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 便座移乗 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 | |
| | 尿意 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無 | 便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無 失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無 |
| | 種類 | <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> おしめ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 便秘 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無 | 便処置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() |
| 特記事項 | | | |
| 入浴 | ADL | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 方法 |
| | 着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 特記事項 | | |
| 整容 | 洗面 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 爪きり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 歯磨き | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 整髪 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | うがい | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 特記事項 |
| 移動 | 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ソバ-か歩行 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 車椅子 | <input type="checkbox"/> 標準型 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 車椅子操作 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 特記事項 | | | |
| 起居動作 | 起き上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 立ち上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 座位 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 立位 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | 特記事項 |
| 認知症 | 認知症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 |
| | 行動障害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 特記事項 | | |
| 医療情報 | 内服薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※お薬手帳の写しを添付してください | 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() |
| | 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | 酸素療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(L/分) |
| | 痰吸引 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度：) | ハ-スメ-カ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() |
| | インスリン | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※詳細に(回数や種類) () | 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※詳細に(部位や処置内容) () |
| | 特記事項 | | |
| その他 | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> ほとんどできない | 視力 <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 重度難聴 | 眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 補聴器 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口右耳 <input type="checkbox"/> 口左耳) | 疾病 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他() |
| | 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 | 特記事項 |
| ※その他気になる事、施設へのご要望等があれば、ご記入ください。 | | | |