

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	他施設入所()	死亡()	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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 本人は2重口、又は○ 同居者は罫う 死亡者は黒く塗りつぶす
		携帯						
	②					自宅		
携帯								
③					自宅			
	携帯							

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"/> ミキサー <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"/> 大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	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) 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"/> 歩行-加歩行 <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：)	吸入-スプレー <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 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。		