

社会福祉法人 平成会

施設利用申込み書

受付日：年 月 日

ふりがな 利用者名		様		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生		
				年齢	歳	性別	男 ・ 女
住所		〒			TEL	市外局番 () -	
連絡先	氏名	様			続柄		
	住所	〒			TEL	-	-
					携帯	-	-
現在いる場所		<input type="checkbox"/> 在宅 (<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居 人家族) <input type="checkbox"/> 入院(入所)中 <input type="checkbox"/> 病院 担当SW 様 <input type="checkbox"/> 施設 (相談員) 入院(入所)予定期間： 年 月 日 ～ 年 月 日頃					
申し込み 希望施設 (希望する順番に □内に1、2・・・と 番号をふって ください)	ケアハウス		なごみ (塩尻)		なごみ松本 (松本)		
	グループホーム		さとび (塩尻)		なごみ (松本)		
			さわらび (岡谷)		風薫 (岡谷)		
			わかな (箕輪)		歩歩清風 (辰野)		
	老人保健施設		掬水 (諏訪)		わかな (箕輪)		
	老人福祉施設		さわらび (岡谷)		松風(岡谷)		
	ショートステイ		さわらび (岡谷)		福寿苑 (辰野)		
	有料老人ホーム		せせらぎ (塩尻)				
小規模多機能		となりの縁側おかだ(松本)					
病歴 手術歴	S・H・R			年	薬		
	S・H・R			年			
	S・H・R			年			
	S・H・R			年			
	(特記)						
医療処置 □該当無	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル (特記)						
その他 □該当無	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 脳外科の手術 <input type="checkbox"/> 薬に対するアレルギー(薬名：) <input type="checkbox"/> 食品に対するアレルギー(食品名)						
主治医	病院名： (科 先生)						
ケアマネージャー	事業所名： 担当者： 様 / 契約無						
要介護度 (認定期間)	(被保険者番号) 確定 更新 区変 新規						
	<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 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 申請中(認定調査日 /) 年 月 日 ～ 年 月 日(認定日 年 月 日)						
介護保険負担限度額認定		<input type="checkbox"/> 第一段階 <input type="checkbox"/> 第二段階 <input type="checkbox"/> 第三段階① <input type="checkbox"/> 第三段階② <input type="checkbox"/> 第四段階 <input type="checkbox"/> 未申請					
介護保険負担割合証		<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明					
本人の収入		<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 生活保護					
支払い管理		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族() <input type="checkbox"/> 権利擁護 <input type="checkbox"/> 成年後見制度					

ご本人の心身の状況	見る	<input type="checkbox"/> 普通に見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない
	聴く	<input type="checkbox"/> 普通に聴こえる <input type="checkbox"/> 耳が遠い <input type="checkbox"/> ほとんど聴こえない <input type="checkbox"/> 筆談
	話す	<input type="checkbox"/> 用事などを伝えることができる <input type="checkbox"/> ごく簡単な応答のみ <input type="checkbox"/> 話すことはできない
	立つ	<input type="checkbox"/> 1人で立てる <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 介助で立たせてもらう <input type="checkbox"/> 立たせる事はできない
	歩く	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 杖をついて歩く <input type="checkbox"/> 歩行器を押して歩く <input type="checkbox"/> 車椅子を自分で操作する <input type="checkbox"/> 車椅子を押してもらう <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自分で寝返りをうてる <input type="checkbox"/> 自分で寝返りできない
	食事	<input type="checkbox"/> 1人で食べられる <input type="checkbox"/> 半分介助してもらう <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> お茶や水分を飲む時にミセル <input type="checkbox"/> 水分にとろみを付けている 主食： <input type="checkbox"/> 普通のご飯 <input type="checkbox"/> 軟らかご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 おかず： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー食
	排泄	<input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 半分介助してもらう <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換 /尿失禁 あり ・ なし <input type="checkbox"/> テープ式 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット /便失禁 あり ・ なし
	入浴	<input type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 半分介助してもらう <input type="checkbox"/> 全部介助
	認知症	<input type="checkbox"/> 5分前のでき事を忘れる <input type="checkbox"/> うつ傾向 <input type="checkbox"/> 薬の飲み忘れ(その程度の物忘れ) <input type="checkbox"/> 大声をあげることがある <input type="checkbox"/> 金銭管理はできない <input type="checkbox"/> 人を怒鳴ったり、叩いたりする <input type="checkbox"/> 食事時間や日課が理解できない <input type="checkbox"/> 目的なく歩き回り続ける <input type="checkbox"/> 自分の部屋が分からない <input type="checkbox"/> 無断で外に出てしまう可能性がある <input type="checkbox"/> ナースコールは使えない <input type="checkbox"/> 夜寝ずに動き回ることがある <input type="checkbox"/> 自分の名前を言えない <input type="checkbox"/> 食べ物ではない物を口に入れる <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不要なものを集める <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗・拒否
その他	<input type="checkbox"/> この半年間くらいで、転んだことがある <input type="checkbox"/> 転んでケガをした <input type="checkbox"/> ベッドから落ちることがある <input type="checkbox"/> 喫煙している	

日用品(管理)

☐ 入れ歯(□上 □下) ☐ 補聴器(□右 □左) ☐ メガネ 自己管理 (可 ・ 不可)

施設希望理由

(在宅介護が困難な理由、施設での介護に関する希望・意向、リハビリの目標など)

利用希望

年 月 日 ～ 年 月 日の間 入所を希望
その後の予定 ☐在宅復帰(月頃) ☐施設入所 ☐未定
☐老健申込み 件 ☐特養申込み 件 ☐その他の施設申込み 件

①申込みを希望する施設に対して、この情報を提供することを了承します。

②利用中の施設・医療機関、担当ケアマネージャーに対して情報照会することを了承します。

年 月 日 利用希望者氏名 ()
代理人氏名 () 続柄 ()

この情報は施設申込み、入所検討にのみ使用します。 受付施設名： 担当者：

入所検討会議	日時	年 月 日
	検討内容	
	検討結果	入所 (予定： 年 月 日～) 入所不可 (理由：)