

介護老人保健施設 ビオラセア

利用申込書 (一般入所・短期・通所)

氏名	ふりがな	生年月日	M・T・S 年 月 日				
			性別	男・女 ( 歳)			
住所	(〒 - ) Tel ( )						
健康保険種類	国保・社保・後期・その他	身障手帳	有・無 級				
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
現在の状況		利用希望理由 (困っていること等)					
1. 入院中 (病院名 ) 2. 施設入所中 ( ) 3. 在宅 (かかりつけ医 )		入居部屋の希望  多床室 ・ 個室					
身元引受人	年齢	男・女	利用者との続柄				
住所	(〒 - ) Tel ( ) Tel ( )						
職業	勤務先	Tel ( )					
緊急時連絡者	年齢	男・女	利用者との続柄				
住所	(〒 - ) Tel ( )						
家族状況 (主な介護者に○印)							
氏名	年齢	続柄	職業	氏名	年齢	続柄	職業

生活状況	住居	持家・借家・アパート・マンション	自宅間取り図
	本人の居室	1階・2階・( )階 和室・洋室 ベッド・布団・介護用ベッド	
	トイレ	洋式・和式・ポータブルトイレ	
	お風呂	洋式・埋め込み式・置き型 シャワー (有・無) 手すり (有・無)	

日常生活動作記録

	身長	cm	体重	kg
①食 享	a. 形 態：ご飯・おかゆ		b. 状 態：自立(箸・スプーン)・介助	
	c. 食 欲：旺盛・普通・あまりない・全くない			
②排 泄	自立・トイレまで誘導・ポータブルトイレ使用(自分・介助)・おむつ			
	a. おむつの種類：布・紙・尿取りパット・はくパンツ			
	b. 使用状態：夜のみ・1日中			
	尿 意：あり・なし		便 意：あり・なし	
	便 通：普通・便秘しがち・下痢しやすい 便秘時の対応：			
③移 動	自力歩行・杖歩行・つたえ歩き・歩行器・シルバーカー・ハイハイ車椅子(自分で可・要介助)			
④入 浴	自立入浴・介助浴・機械浴			
⑤睡 眠	普通・不眠・昼夜逆転		睡眠時間：	時 分頃～ 時 分頃
	睡眠剤の使用：有・無			
⑥認知症	有・無		金銭管理：可・不可	服薬管理：可・不可

入所中に改善・向上を望まれること

- ・ 歩行能力 ・ 食事動作 ・ 着衣動作 ・ トイレ動作 ・ 寝返り ・ 起き上がり
- ・ 車椅子への乗り移り ・ 車椅子の操作 ・ 全身的体力 ・ 手の機能 ・ 趣味活動
- ・ その他具体的に

介護老人保健施設 ビオラセア 施設長殿

上記のとおり施設利用を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者 住所

氏 名

印

利用者との続柄 ( )