

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 | (〒 -) | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 健康保険種類 | 国保・社保・共済・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) | | | | | | | |
| 身元引受人 | | 年齢 | 才 | 男女 | 利用者との続柄 | | |
| 住所 | (〒 -) | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 職業 | | 勤務先 | | | | | |
| 緊急時連絡者 | | 年齢 | 才 | 男女 | 利用者との続柄 | | |
| 住所 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 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 事 a. 形 態: ご飯・お粥 b. 状 態: 自立 (箸・スプーン) ・介助
c. 食 欲: 旺盛・普通・あまりない・まったくない

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. おむつの使用: 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。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者 住所

氏名
利用者との続柄 ()