

希望サービス	入所・短期入所・通所リハビリ（デイケア）	申込日： 年 月 日
		受付日： 年 月 日

## 介護老人保健施設 あかつか苑 利用申込書

利用申込者 氏名	フリガナ	続柄	住所 〒	TEL
扶養者 氏名	フリガナ	続柄	住所 〒	TEL

利用希望者 氏名	フリガナ	生年月日
	男・女	M・T・S 年 月 日（ 歳）
住所	〒 TEL	

家族構成 (同居家族)	氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)・電話番号
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	

本人子供や兄弟等 (同居者以外)	氏名	続柄	性別	生年月日	居住地・電話番号
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	
			男・女	年 月 日	

介護保険	被保険者番号	整理番号
	要介護度( )有効期間 年 月 日～ 年 月 日	
	担当ケアマネージャー(事業所: 氏名: )	
	負担割合(1割・2割・3割)	負担限度割合 無・有( 段階)

医療保険	後期・国保・健保・共済・組合・生保(本人・扶養)
------	--------------------------

障害者手帳	有・無( )種( )級 障害名( )
-------	--------------------

年金等	本人の収入 有・無 年額( 円)
	国民年金・厚生年金・共済年金・老齢福祉年金・遺族年金・障害年金・その他( )

現況	1. 自宅(主介護者: 続柄: ) 2. 入院中(病院: ) 3. 施設入所中(施設: ) 4. その他( )
----	--

現在利用中のサービス	1. ショートステイ(利用頻度: 日/月) 2. デイサービス/デイケア(利用頻度: 週 回) 3. ヘルパー(利用頻度: ) 4. その他( )
------------	--

申込理由	
------	--

希望療養室	1人部屋(個室) ・ 2人部屋(多床室) ・ 4人部屋(多床室)
-------	----------------------------------

退所後の生活	1. 自宅で介護(主介護者: 続柄: ) 2. 他施設へ入所・申請中(施設名: ) ・ 未申請 3. その他( )
--------	--

## 利用希望者の状況

生活歴等	出身地		
	職歴		
	趣味		
医療状況	<input type="checkbox"/> 現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
	<input type="checkbox"/> 既往症		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
かかりつけ医	( 病院 ・ 医院 ・ 診療所 ) ( 医師 )		
A D L 状況	【移動】 自立・一部介助・全介助 (独歩・杖・歩行器・車椅子・その他 )	【衣類の着脱】 自立・一部介助・全介助	【起座】 自立・一部介助・全介助・不可
	【食事】 自立・一部介助・全介助・経管栄養 (主食：ご飯・粥・ミキサー / 副食：普通・刻み・ミキサー)	【寝返り】 自立・一部介助・全介助・不可	【歯】 自歯・部分入歯・総入歯
	【排泄】 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (トイレ・ポータブルトイレ・紙パンツ・オムツ・その他 )	【視力】 普通・弱視 (右・左)・全盲	【聴力】 普通・やや難聴 (右・左)・難聴
	【失禁】 無 ・ 時々有り ・ 常に有り	【言語】 普通・やや不自由・不自由	
	【入浴】 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (一般浴・中間浴・特殊浴・清拭・その他 )	【会話】 普通・どうにか可・不可	【床ずれ】 無・有 (部位： )
	【認知症】 無 ・ 有		
	【問題行動】 徘徊 (屋内・屋外) ・ 不潔行為 ・ 攻撃的行為 (暴言・暴行) ・ 独語 ・ 不穏 幻覚幻聴・被害妄想・その他 ( )		

## 説明確認及び情報収集に係る同意

私は、貴施設への利用申込みに際し、申込みから入所契約までの手続きについて施設から説明を受けました。  
また、貴施設が利用の決定のために必要な範囲において、私（利用希望者及びその家族）に関する情報を、  
市町村・担当居宅介護支援事業所・他の医療機関及びその他の施設等から収集することに同意いたします。

令和 年 月 日 利用希望者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印