

入所(長期・短期)利用申込書

利用者氏名		性別	生年月日		年齢
フリガナ					
住所及び連絡先					
〒 - 電話 () -					
要介護状態区分	有効期限	居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー	
要支援	平成 年 月 日から				
要介護	平成 年 月 日まで				
かかりつけ病院	受診区分	服薬	病名		
	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
身体及び精神状況(該当するものに○をして下さい)			特記及び留意事項(具体的に)		
移動	自立・一部介助・全介助				
	方法 つたい歩き・杖・歩行器・車イス(自走可・自走不可)				
食事	自立・一部介助・全介助				
	義歯/上・下・なし 器具/箸・スプーン・フォーク 種類/普通食・お粥・きざみ・流動食・特別食 kcal				
排泄	自立・一部介助・全介助				
	トイレ・ポータブル・尿器・リハビリ・パット・オムツ				
入浴	自立・一部介助・全介助				
	介助浴・特別浴				
着替え	自立・一部介助・全介助				
	患側(右・左・上肢・下肢)				
整容	自立・一部介助・全介助				
	洗面・髪をとく・ひげそり・爪きり・義歯手入れ				
認知症(痴呆)	有・無	症状・問題行動等			
褥瘡	有・無	言語	正常・やや障害あり・発言不可能	視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全盲
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴(補聴器)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢
<主介護者連絡先>					
氏名		続柄	同・別居	〒 ()	
				電話 () -	
世帯状況(同居)				連絡	
氏名		続柄	年齢	介護老人保健施設 サンライズ・ビュー	
				〒879-1506	
				大分県速見郡日出町580-2	
				電話0977-73-2822	