すばる魚崎の郷　利　用　申　込　書

申込日　　年　　月　　日

ふりがな 利用者氏名	様　（男・女）	生年月日	M T　　年　　月　　日（　　歳） S
住　所	〒 TEL(　　)　　－		
身元引受人	氏名　　続柄 様（　　）	勤務先	TEL(　　) －
	住所　〒 TEL(　　)　　－		
緊急連絡先	氏名　　続柄 様（　　）	勤務先	TEL(　　) －
	住所　〒 TEL(　　)　　－		
利用目的	□ 入所　□ 短期入所（ショート）　□ 通所リハビリテーション（デイケア）		
利用理由 （複数回答可）	□ 病院からの家庭復帰　□ 機能訓練のため □ 介護者がいない（ 日中 ・ 夜間 ）　□ 入浴・食事等の生活援助のため □ 家族の所用・休息のため　□ 他者との交流等生活の活性化のため □ 認知症等のため在宅での介護が難しい　□ その他(　　)		
要介護区分	要支援　1　2　要介護　1　2　3　4　5　更新申請中 ・ 変更申請中 担当ケアマネージャー:　　様 /　支援事業所名:		
保険種別	社保（本人 ・ 家族）　身体障害者手帳（ 無 ・ 有　　級 ）障害名: 国保（本人 ・ 家族）　介護保険負担限度額認定証（無 ・ 有　第　　段階 ） 生活保護(担当者名:　　)　介護保険負担割合（ 1割 ・ 2割 ・ 3割 ）		
現在の状況	□ 自宅で生活中 1. ご自宅の様子をお教え下さい 一戸建て　マンション(　)階〔エレベーター　有 ・ 無 〕　その他(　　) 2. 居宅サービスをご利用されていますか　はい ・ いいえ 3. どのようなサービスをご利用中ですか。当てはまる項目全てにご記入下さい。 □ デイサービス 週　日 □ デイケア 週　日 □ ヘルパー 週　日 □ 訪問看護 週　日 □ ショートステイ 月　泊程度 □ その他（　　）		
	□ 病院に入院中（病院名:　入院期間:　年　月　日～　年　月　日）		
	□ 施設に入所中（施設名:　入所期間:　年　月　日～　年　月　日）		
利用者の状態	かかりつけの医療機関についてお教え下さい。 医療機関名:　主治医:　先生 診療科:　内科　外科　整形外科　脳外科　歯科　眼科　その他(　　)		
	日常生活についてお教え下さい 移動 → 歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車イス(自操 ・ 介助) 食事 → 自立 ・ 要監視 ・ 一部介助 ・ 全介助 食事形態 → 普通食 ・ 特別食(　　) きざみ ・ ミキサー ・ トロミあり(食事 ・ 水分) 排泄 → 自立 ・ 要監視 ・ 一部介助 ・ 全介助 入浴 → 自立 ・ 要監視 ・ 一部介助 ・ 全介助 更衣 → 自立 ・ 要監視 ・ 一部介助 ・ 全介助 意思疎通 → 良好 ・ マズマズ可能 ・ やや困難 ・ 困難		
	1日の状態についてお教え下さい。 □ 起きている　□ 寝たり起きたり　□ 寝ている		
	認知症状についてお教え下さい。 □ ない　□ ある（徘徊　昼夜逆転　無気力　介護抵抗　その他〔　　〕）		
	特別な医療処置の実施状況についてお教え下さい。 □ なし　□ あり（点滴　注射　バルーンカテーテル　ストマ　経管栄養　在宅酸素 インスリン注射　気管切開　吸引　床ずれ　その他〔　　〕）		
	身長　　cm　体重　　kg		

<table>
<tr><td>世帯状況</td><td colspan="5">☐ 一人暮らし
☐ 夫婦世帯
☐ 子供と同居している（続柄 :　　家族数:　　人）
主たる介護者の氏名 （　　様 ）　本人との関係（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">家族構成
（現在関わっている方全て）</td><td>氏名</td><td>続柄</td><td>年齢</td><td>職業</td><td>連絡先(携帯番号等)</td></tr>
<tr><td>様</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>様</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>様</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>様</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>様</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>利用費用
ご負担者</td><td colspan="5">本人　・ 家族 （　　様 ） 続柄 （　　）</td></tr>
<tr><td>希望居室
（老健希望の方）</td><td colspan="5">☐ 4人部屋　　☐ 2人部屋　　☐ 個室A （トイレ付　日額 2,160円）
（差額なし）　　（日額 1,080円）　　☐ 個室B （トイレなし 日額 1,620円）</td></tr>
<tr><td>希望曜日
（通所希望の方）</td><td colspan="5">☐月曜日　☐火曜日　☐水曜日　☐木曜日　☐金曜日　☐土曜日
週 （　　） 回</td></tr>
<tr><td>今後の予定</td><td colspan="5">☐ 在宅　　☐ 現住所で生活　　☐ その他（　　）
☐ 施設　　☐ まだ申し込みをしていない
☐ 既に申し込みをしている
申込み施設名 （　　）
☐ その他 （　　）
☐ 未定</td></tr>
</table>

※ 当施設記入欄

介護老人保健施設　　すばる魚崎の郷