

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 S	年 月 日 (歳)
住 所	〒 TEL() -				
身元引受人	氏名	様 続柄()	勤務先		TEL() -
	住所 〒 TEL() -				
緊急連絡先	氏名	様 続柄()	勤務先		TEL() -
	住所 〒 TEL() -				
利用目的	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショート) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア)				
利用理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 病院からの家庭復帰 <input type="checkbox"/> 機能訓練のため <input type="checkbox"/> 介護者がいない (日中・夜間) <input type="checkbox"/> 入浴・食事等の生活援助のため <input type="checkbox"/> 家族の所用・休息のため <input type="checkbox"/> 他者との交流等生活の活性化のため <input type="checkbox"/> 認知症等のため在宅での介護が難しい <input type="checkbox"/> 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:)その他()				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> デイサービス 週 日 <input type="checkbox"/> デイケア 週 日 <input type="checkbox"/> ヘルパー 週 日 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 日 <input type="checkbox"/> ショートステイ 月 泊程度 <input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名: 入院期間: 年 月 日～ 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 起きている <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 寝ている				
	認知症状についてお教え下さい。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (点滴 注射 パルーンカテーテル 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				

