利 用 申 込 書

申込日　　年　　月　　日

ふりがな 利用者氏名	（ 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（　　）	勤務先	TEL（　　）　　－
	住所　〒 TEL（　　）　　－		
緊急連絡先	氏名　　続柄（　　）	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 ）　□ 認知症のためお世話が難しい □ 家族が所用のため　□ 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:　　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）　食費の標準負担額減免（無 ・ 有　　段階 ） 生活保護(担当者名:　　)その他（　　）		
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　年　月　日～　年　月　日		
	□ 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: 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） 食事（自立　要監視　一部介助　全介助） 食事形態（普通食　特別食〔　　〕　主食形態〔　　〕　副食形態〔　　〕） 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（正常　可能　やや困難　非常に困難）		
	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		
	認知症の状態についてお教え下さい。 □ ない　□ ある（徘徊　昼夜逆転　無気力　暴力　〔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
☐ 老夫婦世帯
☐ 子供と同居している（続柄 :　　家族数:　　人）
主たる介護者の氏名 （　　） 本人との関係（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">家族構成
（近親関係
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></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>希望居室</td><td colspan="5">☐ 4人部屋（差額なし）　　☐ 2人部屋（差額1日 2160円）</td></tr>
<tr><td>入所費用
ご負担者</td><td colspan="5">ご本人様　　お名前 （　　） 続柄 （　　）</td></tr>
<tr><td>退所後の予定</td><td colspan="5">☐ 自宅　　☐ 現住所に退所　　☐ 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 （　　）
☐ 未定</td></tr>
<tr><td colspan="6">※ 当施設記入欄</td></tr>
</table>

介護老人保健施設　　ケアホーム すばる