

利用申込書(1)

ショートステイ希望 [] 入所希望 []

受付年月日： 年 月 日

判定日： 年 月 日

医療判定日： 年 月 日

記入者氏名： _____

記入年月日： 年 月 日

(フリガナ)	()
利用者氏名	
性別	1. 男 2. 女
生年月日(年齢)	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 ()歳
住所	
電話番号	
要介護度と有効期間	要介護度： 負担割合： 割 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日
利用料の支払い	本人 ・ 家族() ・ その他()

(フリガナ) 家族代表者氏名 ※成年後見人含む	()	利用者との続柄
性別	1. 男 2. 女	
生年月日(年齢)	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 ()歳	
住所		
電話番号		

緊急連絡先：優先順位でご記入ください

	氏 名		電話番号
1	() 歳 {続柄 }	〒 ー	自宅 : 携帯 : メルアド [◇] :
2	() 歳 {続柄 }	〒 ー	自宅 : 携帯 : メルアド [◇] :
3	() 歳 {続柄 }	〒 ー	自宅 : 携帯 : メルアド [◇] :

現状の介護者について

主介護者氏名：	続柄：	職業：	有	無	同居：	有	無
他介護者氏名：	続柄：	職業：	有	無	同居：	有	無
他介護者氏名：	続柄：	職業：	有	無	同居：	有	無

現在のご本人の所在地について

施設入所されていたり、ご入院中の場合は、施設名、病院名をご記入ください。

現在の介護の問題・課題について

介護なさるのに、何にお困りなのかをなるべく詳しくご記入ください。

ケアマネジャーさんについて

居宅介護支援事業所との契約はされていますか？ ・ いいえ ・ はい

居宅介護支援事業所名：

担当ケアマネジャー名：

医療面について

■ かかりけの病院についてお尋ねします。

病院名	①（内科）	頻度：月	回通院
	②（眼科）	頻度：月	回通院
	③（歯科）	頻度：月	回通院
	④（科）	頻度：月	回通院
	⑤（科）	頻度：月	回通院

■ 通院中の方にお尋ねします。病院でどのような治療を受けておられますか。

・内服薬／点眼の処方 [内容]	・注射 [内容]	・検査 [内容]	・その他 [内容]

■ インシュリン注射をされていますか。	・ いいえ	・ はい
■ インシュリン注射は自分でできますか。	・ できる	・ できない
■ 褥創(床ずれ)はありますか。	・ ない	・ ある
■ 吸入をされていますか。	・ いいえ	・ はい
■ 吸引をされていますか。	・ いいえ	・ はい
■ 気管切開をされていますか。	・ いいえ	・ はい
■ 在宅酸素をされていますか。	・ いいえ	・ はい
■ 経管栄養をされていますか。	・ いいえ	・ はい
■ 透析をされていますか。	・ いいえ	・ はい

入所希望について

■ 入所の時期について	
・ 早急に希望する	
・ 平成 年 月 以降からの入所希望	
■ 入所の申込は他施設にもされていますか。	
・ いいえ ・ はい	
施設名	①
	②
	③

病気について

■ 今までの入院歴や受けた手術などについてご記入下さい。		
病 名	発症年月日	病院名
	(年 月 日)	
	(年 月 日)	
	(年 月 日)	
	(年 月 日)	
	(年 月 日)	
	(年 月 日)	
	(年 月 日)	
	(年 月 日)	

ありがとうございました。

利 用 申 込 書 (2)

記入年月日： 年 月 日

利用者氏名(フリガナ)	()
-------------	-----

生活状況について：ご家族がお分かりになる範囲で結構です

■ 生活歴について

(出生、学歴、職歴、結婚歴、居住地の移動などを現在に至るまで、なるべく詳しくご記入ください)

■ 性格について

■ 習慣について（日記をつけていた、食後毎日散歩をしていたなど）

■ 趣味、特技、社会活動への参加など

制度の活用について

■ 年金はありますか。		・ いいえ	・ はい
年金名	①		
	②		
	③		
■ 介護保険限度額認定証をお持ちですか。		・ いいえ	・ はい ⇒ 食費： 円
■ 医療費助成を受けておられますか。		・ いいえ	・ はい
■ 上記以外の各種手当を受けておられますか。		・ いいえ	・ はい
手当名：			

家族構成について

家族構成(人)暮らし					構成： □ =男性 ○=女性 ◎=本人 ■●=死亡
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	健康状態	
	()				
	()				
	()				
	()				
	()				

入所について：ご入所の最長期間は半年です

■ 入所に対してのご本人の要望
■ 入所に対してのご家族の要望
■ 当施設の利用期間を終了した後、どこでの生活をご希望でしょうか。

精神症状について

■ 認知症状はありますか。	・ いいえ	・ はい
■ 認知症状の診断・検査を受けられたことがありますか。	・ いいえ	・ はい
病院名：		
診断名：		
■ 認知症状について、なるべく詳しくご記入ください。		

ありがとうございました。

シルバーカーの利用が可能な方へ

つなしまでは、シルバーカーの利用が出来る身体機能を有する方には、シルバーカーを私物でお持込いただいています。ご入所が近づきましたら、ご準備いただきますよう、お願い申し上げます。

利 用 申 込 書（３）

氏名：様

日常生活動作

記入年月日：令和 年 月 日

※現在、施設入所もしくは入院されている場合は、職員の方にご記入いただいても結構です。

項目	現在の実行状況			
トイレへの移動	① 自立 ② 見守り ③ 一部介助 ④ 全介助 ⑤ 行わず	① 独歩 ② 杖歩行 ③ 歩行器 ④ シルバーカー ⑤ 車椅子	備考：	
屋内移動	屋内の移動がトイレへの移動と状況が違う場合のみ、ご記入ください。なるべく詳しくお願いします。			
屋外移動	① 自立 ② 見守り ③ 一部介助 ④ 全介助 ⑤ 行わず	① 独歩 ② 杖歩行 ③ 歩行器 ④ 車椅子	備考：	
階段昇降	① 自立 ② 見守り ③ 介助者の支えが必要 ④ 行わず	階段昇降時、 杖は使用しますか。 ・ いいえ ・ はい	階段昇降時、 手すりは使用しますか。 ・ いいえ ・ はい	
食事	① 自立 ② 見守り ③ 一部介助 ④ 全介助 ⑤ 行わず	① 箸使用 ② スプーン使用 ③ 前掛け使用 ④ 自助具使用	主食について ① 米飯 ② おにぎり ③ 粥 ④ ミキサー	副菜について ① 普通 ② 一口刻み ③ 刻み ④ ミキサー
	治療食：	補助食品：	静脈栄養：	経管栄養： ・ 鼻 ・ 胃 ・ 食道
	朝食について ※ どちらかお好きな方を 選んでください。 〔主食〕パン・おかゆ 〔飲み物〕牛乳・ジョア		好き嫌いがありますか。 ・ いいえ ・ はい → 食品名：	食品アレルギーがありますか。 ・ いいえ ・ はい → 食品名：

