

介護老人保健施設 アイケア

利用申込書 (一般入所・短期・通所)

|   |                              |                           |             |          |    |    |    |
|---|------------------------------|---------------------------|-------------|----------|----|----|----|
| 氏名  | ふりがな                         | 生年月日                      | M・T・S 年 月 日 |          |    |    |    |
|   |                              |                           | 性別          | 男・女 ( 歳) |    |    |    |
| 住所  | (〒 - )<br>TEL ( )            |                           |             |          |    |    |    |
| 健康保険種類  | 国保・社保・後期・その他                 | 身障手帳                      | 有・無 級       |          |    |    |    |
| 要介護度  | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5        |                           |             |          |    |    |    |
| 現在の状況   |                              | 利用希望理由 (困っていること等)         |             |          |    |    |    |
| 1. 入院中<br>(病院名 )<br>2. 施設入所中<br>( )<br>3. 在宅<br>(かかりつけ医 ) |                              | 入居部屋の希望<br><br>多床室 ・ ユニット |             |          |    |    |    |
| 身元引受人   |                              | 年齢                        | 男・女         | 利用者との続柄  |    |    |    |
| 住所  | (〒 - )<br>TEL ( )<br>TEL ( ) |                           |             |          |    |    |    |
| 職業  |                              | 勤務先                       | TEL ( )     |          |    |    |    |
| 緊急時連絡者  |                              | 年齢                        | 男・女         | 利用者との続柄  |    |    |    |
| 住所  | (〒 - )<br>TEL ( )            |                           |             |          |    |    |    |
| 家族状況 (主な介護者に○印)   |                              |                           |             |          |    |    |    |
| 氏名  | 年齢                           | 続柄                        | 職業          | 氏名       | 年齢 | 続柄 | 職業 |
|   |                              |                           |             |          |    |    |    |
|   |                              |                           |             |          |    |    |    |
|   |                              |                           |             |          |    |    |    |

|      |       |   |        |
|------|-------|---|--------|
| 生活状況 | 住居    | 持家・借家・アパート・マンション                        | 自宅間取り図 |
|      | 本人の居室 | 1階・2階・( )階 和室・洋室<br>ベッド・布団・介護用ベッド       |        |
|      | トイレ   | 洋式・和式・ポータブルトイレ                          |        |
|      | お風呂   | 洋式・埋め込み式・置き型<br>シャワー (有・無)<br>手すり (有・無) |        |

日常生活動作記録

|      |  |                            |
|------|--|----------------------------|
|      | <u>身長</u> _____ cm   | <u>体重</u> _____ kg         |
| ①食 事 | <u>a.形態</u> ：ご飯・おかゆ<br><u>c.食欲</u> ：旺盛・普通・あまりない・全くない   | <u>b.状態</u> ：自立(箸・スプーン)・介助 |
| ②排 泄 | 自立・トイレまで誘導・ポータブルトイレ使用(自分・介助)・おむつ<br><u>a.おむつの種類</u> ：布・紙・尿取りパット・はくパンツ<br><u>b.使用状態</u> ：夜のみ・1日中<br><u>尿意</u> ：あり・なし <u>便意</u> ：あり・なし<br><u>便秘</u> ：普通・便秘しがち・下痢しやすい <u>便秘時の対応</u> ： |                            |
| ③移 動 | 自力歩行・杖歩行・つたえ歩き・歩行器・シルバーカー・ハイハイ車椅子(自分で可・要介助)  |                            |
| ④入 浴 | 自立入浴・介助浴・機械浴   |                            |
| ⑤睡 眠 | 普通・不眠・昼夜逆転 <u>睡眠時間</u> ： _____ 時 _____ 分頃～ _____ 時 _____ 分頃<br><u>睡眠剤の使用</u> ： 有 ・ 無   |                            |
| ⑥認知症 | 有 ・ 無 <u>金銭管理</u> ：可 ・ 不可 <u>服薬管理</u> ：可 ・ 不可  |                            |

入所中に改善・向上を望まれること

- ・ 歩行能力 ・ 食事動作 ・ 着衣動作 ・ トイレ動作 ・ 寝返り ・ 起き上がり
- ・ 車椅子への乗り移り ・ 車椅子の操作 ・ 全身的体力 ・ 手の機能 ・ 趣味活動
- ・ その他具体的に

介護老人保健施設 アイケア 施設長殿

上記のとおり施設利用を申し込みます。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申込者 住所

氏 名

印

利用者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )