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 性別	M・T・S　　年　　月　　日 男 ・ 女　　（　　歳）
住 所	（〒　　－　　） 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 １．入院中 （病院名　　） ２．施設入所中 （　　） ３．在宅 （かかりつけ医　　）	利用希望理由（困っていること等） 入居部屋の希望 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	（〒　　－　　） TEL　　（　　） 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	（〒　　－　　） 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 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 シャワー　（　有　・　無　） 手すり　　（　有　・　無　）	

日常生活動作記録

身長　　cm　　体重　　kg

①食　事　　a.形　態：ご飯・おかゆ　　b.状　態：自立（箸・スプーン）・介助
c.食　欲：旺盛・普通・あまりない・全くない

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
a.おむつの種類：布・紙・尿取りパット・はくパンツ
b.使用状態：夜のみ・１日中
尿　意：あり・なし　　便　意：あり・なし
便　通：普通・便秘しがち・下痢しやすい　　便秘時の対応：

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　　睡眠時間：　　時　　分頃～　　時　　分頃
睡眠剤の使用：　有　・　無

⑥認知症　　有　・　無　　金銭管理：可　・　不可　　服薬管理：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。

令和　　年　　月　　日

申込者　住所

氏　名　　印

利用者との続柄（　　）