

利 用 申 込 書

年 月 日

| | | | | | | |
|-------------------|-------------|-----------------------------|------|-------|-----|------|
| 利用者 (本人) | フリガナ | | | | 性別 | |
| | 氏名 | | | | 男・女 | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 年齢 歳 |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| | かかりつけ 病院 | | | 主治医 | | |
| | 要介護度 | | 有効期限 | 年 月 日 | | |
| 申込者 | フリガナ | | | 続柄 | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| 介護支援専門員 (ケアマネ) | 事業所 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| 申し込み理由 | 利用形態 | 入所 ・ ショートステイ ・ デイケア(通所リハビリ) | | | | |
| | 希望部屋 | 個室 ・ 2人部屋 ・ 4人部屋 | | | | |
| | | | | | | |

介護老人保健施設 ロイヤルフェニックス

TEL 0742-35-1313 FAX 0742-35-1311

更新日 2021.5

お身体の状態などについて (書き方 見本)

記入日 2021年 5月 1日

| | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------------|
| 氏名 山田 花子 | | 男・ 女 <input checked="" type="radio"/> | 生年月日 M (T) S 12年 1月 12日 | 現在生活している場所 □□病院 |
| 既往歴・生活歴 H22年～ 高血圧 □□病院通院 H24年○月～○月 右大腿骨骨折 △△病院入院 H25年○月～ 肺炎 □□病院入院 夫が亡くなり山口県でで独り暮らしをしていたが、家でこけて骨折してから奈良の長男家族と同居している。 肺炎で入院し、足の力が弱くなったのでリハビリをしてほしい | | | 性格 頑固、社交的 趣味 編み物、ぬりえ、カラオケ、釣り、ゴルフ 職歴 農業、教師、主婦 本人が大事にしていること(大切なもの・こだわり) | |
| 生活・介護状況 | | | | |
| 食事 | 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助 | ・箸 <input checked="" type="radio"/> スプーン ・介護用食器 | ・好き嫌い () ・アレルギー () ・食事形態 (きざみ・とろみ付き・一口大) | |
| 排泄 | 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助 | ・布パンツ <input checked="" type="radio"/> リハビリパンツ (昼・夜) ・おむつ (昼・夜) | ・ポータブルトイレ ・尿とりパット (昼・夜) | 夜間のトイレが一時間おきに行くので大変 |
| 入浴 | 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助 | ・一般浴 <input checked="" type="radio"/> チェア一式機械浴 ・臥床式機械浴 | 現在は、週に2回病院で入っている | |
| 移動 | 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助 | ・独歩 ・杖使用 ・立位 (可・つかまれば可・不可) | ・歩行器 <input checked="" type="radio"/> 車椅子 ・シルバーカー | リハビリでは歩行器を使っているが、普段は車椅子にのっている |
| 洗面 口腔 | <input checked="" type="radio"/> 自立 一部介助 全介助 | ・自歯 (<input checked="" type="radio"/> 有・無) ・義歯 (有・ <input checked="" type="radio"/> 無) (上下・下・上・部分) | | |
| 更衣 | 自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助 | ・準備 <input checked="" type="radio"/> 声かけ ・腕を通す (できる・できない) | ・足を通す (できる・できない) | |
| 家族構成 | | | 現在 (入院するまで) 使っている介護サービス | |
| 居住地 | 続柄 | お名前 | 備考 | |
| <input checked="" type="radio"/> 別 奈良市 | 妻 | | 連絡は①自宅の電話②携帯 | |
| <input checked="" type="radio"/> 別 奈良市 | 長男 | | 日中は仕事のため不在。 緊急時のみ連絡可 | |
| <input checked="" type="radio"/> 同 生駒市 | 長女 | | 連絡の取れる時間は平日は17:30以降 土日祝は終日可 | |
| <input checked="" type="radio"/> 同 生駒市 | 長女夫 | | | |
| <input checked="" type="radio"/> 同 別 | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> 同 別 | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> 同 別 | | | | |

お身体の状態などについて

記入日 年 月 日

| | | | |
|----|-----|---------------------|------------|
| 氏名 | 男・女 | 生年月日 M T S 年 月 日 | 現在生活している場所 |
|----|-----|---------------------|------------|

| | |
|---------|--------------------------|
| 既往歴・生活歴 | 性格 |
| | 趣味 |
| | 職歴 |
| | 本人が大事にしていること(大切なもの・こだわり) |

生活・介護状況

| | | | |
|----------|-------------------|---|--|
| 食事 | 自立 一部介助 全介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・箸 ・スプーン ・介護用食器 | <ul style="list-style-type: none"> ・好き嫌い () ・アレルギー () ・食事形態 () |
| 排泄 | 自立 一部介助 全介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・布パンツ ・リハビリパンツ (昼・夜) ・おむつ (昼・夜) | <ul style="list-style-type: none"> ・ポータブルトイレ ・尿とりパット (昼・夜) |
| 入浴 | 自立 一部介助 全介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・一般浴 ・チェアー式機械浴 ・臥床式機械浴 | |
| 移動 | 自立 一部介助 全介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・独歩 ・歩行器 ・杖使用 ・立位 (可 ・ つかまれば可 ・ 不可) | <ul style="list-style-type: none"> ・車椅子 ・シルバーカー |
| 洗面 口腔 | 自立 一部介助 全介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・自歯 (有 ・ 無) ・義歯 (有 ・ 無) (上下 ・ 下 ・ 上 ・ 部分) | |
| 更衣 | 自立 一部介助 全介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・準備 ・声かけ ・腕を通す (できる ・ できない) | <ul style="list-style-type: none"> ・足を通す (できる ・ できない) |

| | | | | |
|------|----|-----|----|-------------------------|
| 家族構成 | | | | 現在 (入院するまで) 使っている介護サービス |
| 居住地 | 続柄 | お名前 | 備考 | |
| 同別 | | | | |