| 施設長 | 医師 | 医務 | 相談員 |
|---|---|---|---|
| | | | |

介護老人保健施設　聖十字ハイツ

# 利　用　申　込　書

受付　No.

| | |
|---|---|
| 利用希望サービス | □入居<br>□通所リハビリテーション　　□短期入所 |

## ご　利　用　予　定　者

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　　名 | | 印 | 男　・　女 | |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日生 | | 年齢 | 歳 |
| 住　　所 | （〒　　－　　） | | 要介護度 | |
| 電話番号 | （　　）　　－ | | | |
| 現在の居所 | 自宅　・　病院　・　他の介護保健施設　・　その他（　　） | | | |
| 申し込み日 | 平成　　年　　月　　日 | | | |

## ご家族・身元引受人

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　　名 | 年齢　　歳 | 印 | 男　・　女 | |
| 続　　柄 | | 居所の状況 | 同居　・　別居 | |
| 住　　所 | （〒　　－　　） | | | |
| 電話番号 | 自　宅 | （　　）　　－ | | |
| | 勤務先・携帯 | | | |

上記の方とは別に、緊急時につながる連絡先がございましたらご記入下さい。

氏名　　（続柄）　　電話番号

| | |
|---|---|
| 備考 | 申込時、特にお聞きしておくべき事項がございましたらご記入下さい。 |

※「介護保険被保険者証」等を添えて、窓口へご提出下さい。

介護老人保健施設　聖十字ハイツ

# 入居希望調査票

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申込者 | ふりがな | | | 性別 | □男性　□女性 |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | □明治　□大正　□昭和　　年　　月　　日 | | 年齢 | 歳 |
| | 担当ケアマネジャー | 氏名 | | | |
| | | 所属先 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 要介護 | ※現在の要介護度について該当するものに印を付けて下さい | |
| | □要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5 | |
| 現在の居所 | □在宅　□施設　□医療機関 | |
| 入院・入所状況 | ※現在医療機関（病院、診療所）や施設等に居られる方は、入院・入所先の病院名及び入院・入所期間についてご記入下さい。 | |
| | 病院（施設）名 | |
| | 入院（入所）期間 | 年　ヶ月 |
| | 退院の時期 | 年　月まで |
| 医療状況 | 既往症 | ※これまでにかかったことのある疾患、現在治療中の病気について病名をご記入ください。（結核、肝炎、梅毒、感染症、糖尿病など） |
| | 医療状況 | ※現在受けている処置があれば該当するものすべてに印を付けて下さい。<br>□有　□無<br>※有と答えられた方は、以下の該当する項目にチェックをお願いします<br>□胃瘻（イロウ）経管栄養　□鼻腔（ビクウ）経管栄養　□腸瘻（チョウロウ）経管栄養　□腎不全（ジンフゼン）<br>□人工肛門　□褥瘡（ジョクソウ）　□インシュリン注射　□酸素療法　□気管切開<br>□自己導尿（バルーンカテーテル）　□ワーファリン（抗凝固剤）の服用<br>□アレルギー（卵などの食べ物や、薬に対するアレルギーの有無）<br>□感染症（個室対応が必要なもの）　□精神疾患（通院が必要なもの）<br>□その他（　　） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 通院状況 | 通院場所 | | 頻度 | 月　回 |
| | | | | 月　回 |
| | | | | 月　回 |
| | | | | 月　回 |
| | | | | 月　回 |

※裏面の記入もお願いします。

| | |
|---|---|
| 家族等介護者の状況 | ※申込者の家族介護状況について該当するもの1つに印を付けて下さい。他施設へ入院・入所されている場合は、退院（退所）後に自宅へ帰られた際に想定される家族介護状況について該当するもの1つに印を付けて下さい。 |
| | □一人暮らしであるため、介護を行う者がいない。<br>□介護を行う者が要介護状態、病気療養中、障害があるなどの理由により介護が困難。<br>□介護を行う者が高齢、病弱であり、十分な介護を行うことが困難。<br>□介護を行う者が複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難。<br>□介護を行う者が就労しているため、十分な介護が困難。 |

| | | |
|---|---|---|
| 身体状況 | ※申込者の身体の状況について該当するものに印を付けて下さい。 | |
| | 移動 | □自立歩行　□杖歩行　□車椅子（自操）　□車椅子（介助）　□リクライニング |
| | 視力 | □普通　□やや悪い　□眼鏡使用　□見えない |
| | 聴力 | □普通　□聞こえにくい　□大声で聞き取れる　□聞こえない |
| | 言語 | □普通　□話しにくい　□話せない |
| | 食事 | □自力摂取　□部分的に介助や見守りが必要　□全面的に介助が必要 |
| | 排泄 | □自立　□部分的に介助や見守りが必要　□全面的に介助が必要 |
| | 入浴 | □自立　□部分的に介助や見守りが必要　□全面的に介助が必要 |

| | |
|---|---|
| 精神症状・行動障害の状況 | ※申込者の精神症状・行動障害の状況について該当するものすべてに印を付けてさい。 |
| | □被害妄想　□幻視幻聴　□感情が不安定　□昼夜逆転　□暴言暴行<br>□同じ話をする　□大声を出す　□介護に抵抗　□常時の見守り　□落ち着き無し<br>□外出して戻れない　□一人で外に出たがる　□収集癖　□火の不始末<br>□物や衣類を壊す　□不潔行為　□異食行為　□その他（　　） |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 家族構成 | 同居の家族（一人暮らしの場合は本人）の続柄・名前 | | 別居の家族の続柄・名前・住所 | | |
| | 続柄 | 名前 | 続柄 | 名前 | 住所 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | ※キーパーソン・本人にとって最重要とされる人（氏名・健康・就労等） | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---|---|
| 備考欄 | ※申込者の方についての現況やご本人及びご家族がお困りになっていること等、なにかありましたら、自由にお書きください。 |