

施設利用申込書

年 月 日

介護療養型老人保健施設びおら 介護老人保健施設びおら

住宅型有料老人ホームラビオラ豊科 殿

利用申込者 ㊞

以下のとおり、介護施設一般入所または入居。短期入所を利用したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ			男 女	明・大・昭 年 月 日		
利用者氏名				歳		
現住所	〒 _____ 電話 _____					
身元引受人	氏名 _____	続柄 _____	電話 _____			
	住所 〒 _____					
緊急時連絡先	氏名 _____	続柄 _____	電話 _____			
<small>※同上であれば携帯番号のみ</small>	住所 〒 _____					
介護認定	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			変更中 ・ 申請中		
介護負担限度額 認定	申請中 ・ あり ・ なし		障害者認定	変更中 ・ 申請中 ・ あり ・ なし		
同居家族	氏名	続柄	年齢	性別	職業	家族構成図
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 居宅サービス利用等→ _____ <input type="checkbox"/> 病院に入院中 病院名： _____ 医師： _____ 先生 _____ <input type="checkbox"/> 施設に入所中 施設名： _____					
薬	服薬 有 ・ 無		アレルギー	有 ・ 無		
担当ケアマネジャー	氏名： _____		事業所名： _____ 電話： _____			
入所希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (予定) ・ 即日可					
退所後の予定	・ 自宅 ・ 施設 ・ 未定		個室利用	希望 ・ 一時的 ・ 希望しない		

申込み必要書類（介護保険証写し・健康保険証写し・障害手帳写し・各種証書写し）

日常生活の状況についてあてはまるものを○で囲って必要事項を記入してください

食事 ・ 調理	主食	・ご飯 ・お粥 ・ペースト		経管栄養：	胃瘻 ・ 鼻腔
	副食	・常菜 ・刻み ・ミキサー		むせ：	無 ・ あり
	摂取状態	・自分でできる（スプーン・箸）・見守りが必要 ・介助が必要			
	水分補給	・自分で飲める ・手伝えば飲める ・飲めない			
	歯の状態	・自歯 ・部分義歯（上 ・ 下） ・総義歯 ・顎だけ			
排泄	・自分でできる ・介助が必要（移動・移乗・下衣上げ下げ・清拭・水洗） 対応： ・トイレ ・ポータブルトイレ ・尿器 ・リハパン ・オムツ ・パット ・人工肛門 ・バルーンカテーテル				
更衣	・自分でできる ・手伝いが必要 ・協力あり ・できない				
入浴	・自分でできる ・見守りが必要 ・介助が必要（一般浴・機械浴）・清拭のみ				
寝返り	・自分でできる ・何かにつかまればできる ・介助が必要				
起き上がり	・自分でできる ・何かにつかまればできる ・介助が必要				
立位	・自分でできる ・何かにつかまればできる ・支え介助が必要 ・できない				
移動手段	・自分でできる ・介助が必要 ・移動手段：杖 ・歩行器 ・車椅子（自力 介助） ・ストレッチャー				
座位保持	・自分でできる ・背もたれを要する ・寝たきりの状態（背もたれ・肘掛あってもできない）				
口腔ケア	・自分でできる ・準備が必要 ・濯いで吐き出す ・介助が必要				
物忘れ	・なし ・時々 ・頻繁	喀痰吸引	・なし ・あり（ 回/1日）		
理解疎通	・普通 ・だいたい通じる（簡単な内容のみ）・時々通じる（簡単な内容も稀）・通じない				
意思伝達	・普通 ・だいたい伝えられる ・一部伝えられる ・伝えられない				
視力	・普通 ・1m先が見える ・目の前が見える ・ほとんど見えない ・見えない				
聴力	・普通 ・やっとな聞こえる ・大声が聞こえる ・ほとんど聞こえない ・聞こえない				
かかりつけ医	医療機関名： 先生 電話：				
薬の内容					

介護（療養型）老人保健施設びおら〒390-0851 長野県松本市島内松島 3533 Tel0263-47-4341 Fax0263-48-0073

住宅型有料老人ホームラビオラ豊科〒399-8204 長野県安曇野市豊科高家 1071-59Tel0263-88-3651fax0263-88-3652