# 介護老人保健施設 光栄館　入所（利用）申込書

令和　　年　　月　　日

## 1．入所（利用）者 （入所または利用される方）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 氏　名 | | | 男　女 | M ・ T ・ S　　年　　月　　日 （　　歳） |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 自 宅 | | 携 帯 | |

## 2．申込者 （今後のご連絡は「申込者」様となります）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 氏　名 | （続柄:　　） | | 男　女 | M ・ T ・ S　　年　　月　　日 （　　歳） |
| 住　所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 自 宅 | | 携 帯 | |
| | 勤務先名 | | 勤務先<br>電話番号 | |
| | ※平日ご連絡が取りやすい電話番号のご記入をお願いします。 連絡の取りやすい時間（　　） | | | |

## 3．家族構成 （主介護者の方に〇をご記入下さい）

| 氏　名 | 生 年 月 日 | 年　齢 | 続　柄 | 主介護者 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 4．現在の居場所 （該当項目の□に✔点を記入し、分かる範囲で記入して下さい）

| | |
|---|---|
| □ 自 宅 | 介護保険サービスを利用している場合は、分かる範囲で記入して下さい。 |
| □ 入院・入所中 | 病院名・施設名 |
| | 入院日・入所日　　年　　月　　日　～　　入院中・入所中 |

## 5．通院状況 （眼科・皮膚科等の通院に関しても複数記入して下さい）

| （1）医療機関名 | （2）診療科目 | （3）受診の頻度 |
|---|---|---|
| ① | | |
| ② | | |
| ③ | | |
| ④ | | |
| ⑤ | | |

## 6. 介護保険状況 （介護保険証等を確認の上、記入して下さい）

| | |
|---|---|
| 担当ケアマネージャー | 事業所名 ：<br>担当者名 ： |
| 要介護区分 | 要介護　１・２・３・４・５　／　要支援　１・２　／申請中　／　未申請 |
| 認定年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 認定有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 |

## 7. 介護保険負担限度額認定証 （該当項目へ✔点を記入して下さい）

| | | | |
|---|---|---|---|
| | □ 該当無し | □ 不　明 | |
| □ 該当有り | □ 第1段階（300円） | □ 第2段階（390円） | □ 第3段階（650円） |

## 8. 介護保険負担割合証 （該当項目へ✔点を記入して下さい）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 負担割合 | □ 1割負担 | □ 2割負担 | □ 3割負担 |

## 9. 身体状況

（1）現病（現在、治療中の病気を記入して下さい）

（2）既往歴（過去にかかった病気や手術歴及び輸血の有無・白内障、緑内障等についても記入して下さい）

（3）現在処方されている薬を記入して下さい（内服薬・点眼薬）

（4）日常生活動作（該当項目へ✔点を記入して下さい）

① 食　事 → □自　立　□見守り　□一部介助　□介　助
② 排　泄 → □自　立　□見守り　□一部介助　□介　助 （□おむつ　□リハビリパンツ　□自分の下着）
③ 入　浴 → □自　立　□見守り　□一部介助　□介　助 （□一般浴　□リフト浴　□特別浴　□不明）
④ 更　衣 → □自　立　□見守り　□一部介助　□介　助
⑤ 移　動 → □自力歩行　□杖歩行　□歩行器使用　□車椅子使用

## 10. 認知症等の状況

※ 認知症の有無　　□有　　□無
（「有」の場合は以下の項目に該当するものがあれば□に✔点を記入して下さい）

□物忘れがある　□同じ話を繰り返す　□感情が不安定になる　□目的もなく歩き回る
□夜間眠れず日中眠ることがある　□幻聴や幻覚を訴えることがある　□介護拒否がある
□トイレ以外で排泄することがある　□大声を出すことがある　□物を集めることがある
□暴言や暴力を振るうことがある　□食べられない物を口にしたり食べてしまうことがある
□その他 （　　）

**※ 「入所（利用）」申込書確認後、相談員から「申込者」様へご連絡させていただきます。**