老人保健施設　清流苑　利用申込書

記入年月日　　年　　月　　日
記入者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞　（続柄　　）

ふりがな 利用者名	様	男 女	明治・大正・昭和 年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒 電話番号		
身元引受人	氏名　　様　（続柄　　） 住所　　電話番号		
緊急連絡先	氏名　　様　（続柄　　） 住所　　電話番号		
現在の状況	1　在宅 2　医療機関に入院中　（医療機関名　　） 3　その他　（介護保険施設等　　）		
利用希望	1　入所　① 出来るだけ早く　② ＿＿月頃　③ いつでも 2　短期入所		
利用理由			
他施設申込状況	施設名（　　）（　　）（　　）		
退所後の予定 (入所の方のみ)	1　在宅 2　医療機関に入院　（医療機関名　　） 3　その他　（介護保険施設等　　）		
ケアに対する 希望	利用者様： ご家族様：		

【介護保険情報】

被保険者番号：		保険者名：
申請中・要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５		
認定有効期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日		認定年月日　　年　　月　　日
担当ケアマネージャー	氏名	（事業所名　　）

私は、この利用申込書及び情報提供に記された情報を「清流苑」の入所判定会議において使用することについて、また、必要に応じ要介護認定の結果、認定審査内容、主治医意見書、担当介護支援専門員からの情報提供書を当施設と市町村、居宅介護支援事業所、医療機関等との間で情報交換することに同意いたします。

年　　月　　日（利用希望者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

（利用希望者の家族）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

＊後日、身元引受人様に確認のご連絡をさせていただく場合があります。

【家族構成】（同居家族以外のご家族の記載もお願いいたします）

氏　　名	続柄	生年月日	同居別居	連絡先	【家族構成】
			同・別		□＝○
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
（特記事項）					

【医療情報】

医療機関名		担当医師名	

既　往　歴	入院･通院医療機関	期　　間	（薬）
		年　月　日～　年　月　日	
		年　月　日～　年　月　日	
		年　月　日～　年　月　日	
現在治療中の病気	入院･通院医療機関	期　　間	
		年　月　日～　年　月　日	
		年　月　日～　年　月　日	
		年　月　日～　年　月　日	

【心身の状況】

食事内容	主食：ご飯・粥食　・嚥下障害（有・無） 副菜：普通・軟菜・きざみ	経管栄養：　胃ろう　・　鼻腔 （　　ｶﾛﾘｰ／日）
食　　事	・自分で食べられる・介助が必要	入れ歯：有（上･下）・無　ネーム：有・無
移　　動	・歩行・杖、歩行器・車イス（自力・介助）・できない・その他（　　）	
起き上り	・一人で出来る・つかまれば可・できない	
着 替 え	・一人で出来る・見守り･指示が必要・介助が必要	
洗　　面	・一人で出来る・準備･指示が必要・介助が必要	
入　　浴	・一人で出来る・介助が必要・機械浴	
排　　泄	・一人で出来る・介助が必要（トイレ・POﾄｲﾚ）・オムツ・リハビリパンツ・パット ・排便（　　回／　　日）　・失禁（ 有・無 ）　・カテーテル（交換　　／月）	
床 ず れ	・なし・ 有 （部位：　　大きさ：　　）（エアマット：必要・不要）	
皮膚疾患	・なし・ 有 （部位：　　大きさ：　　）	
身体機能	・全く動けない・麻痺（右・左・上肢・下肢）・難聴（右・左）・視力障害（右・左）	
会　　話	・意志を伝えられる・意志を伝えられない・言語障害（有・無）	
認 知 症	・なし・ 有 （軽度・中度・重度）・分からない	
認知の症状	・なし・ 有 (物忘れ・徘徊・幻聴・幻視・不潔行為・暴言・暴力・大声・火の不始末) ・その他（　　）	
生活歴・趣味		

＊裏面につきましてはお分かりになる範囲で御記入下さい。