

利用申込書

令和 年 月 日

小規模多機能施設 福の木 所長 殿

ふりがな	からまつ あいこ		性別	生年月日	
氏名	唐松 愛子		男・女	明治 大正 〇年 〇月 〇日生 昭和	
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 岡山県〇〇〇市△△ □□□番地		電話番号	0867-〇〇-〇〇〇〇	
本籍	岡山県〇〇市△△ □□番地				
介護保険認定情報	被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	保険者	番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	要介護認定区分	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			
	認定の有効期間	H・R 〇年 〇月 〇日 ~ R 〇年 〇月 〇日(認定日 〇年 〇月 〇日)			
現在の生活状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅生活				
	<input type="checkbox"/> 施設に入所中(入所日 令和 年 月 日 施設名)				
	<input type="checkbox"/> 病院に入院中(入院日 令和 年 月 日 病院名)				
主な病気	・糖尿病 ・高血圧				
医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()				
担当の居宅介護	事業所の名称	担当者氏名	〇〇〇		
支援事業所等	〇〇〇居宅介護支援事業所	電話番号	0867-〇〇-〇〇〇〇		
居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/月)				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/月)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所生活介護(5日/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(日/月)				
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品目) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(回/月)				
介護者の状況(身元引受人)	ふりがな	からまつ たろう	性別	生年月日	
	氏名	唐松 太郎	男・女	明治 大正 〇年 〇月 〇日生(〇〇歳) 昭和	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 岡山県〇〇市△△ □□番地		電話番号	0867-〇〇-〇〇〇〇
	利用を希望する理由及び希望サービス 介護者が高齢であり、他に介護する家族もおらず、在宅介護が難しくなった為				

利用申込者状況調

1 身体および日常生活介護の状況 該当の箇所へレ点をお付けください

ア 移動について

一人でする(杖 歩行器 車椅子) 介助している ねたきり

イ 起き上がりについて

一人でする 介助している できない

ウ 寝返りについて

一人でする 介助している できない

エ 食事の摂り方について

一人で食べる (はし フォーク スプーン)

多少介助している

すべて介助している

オ 食事の内容について

経管栄養

主食 普通 おにぎり 粥

副食 普通 きざみ ミンチ ミキサー

カ 排泄について

尿意あり 便意あり 尿便意なし

自立 介助 おしめ

キ 入浴について

一人でする 介助している 拭くのみ

ク 着脱衣について

一人でする 介助している できない

ケ 視力について

普通 弱視 全盲

コ 聴力について

普通 やや難聴 難聴

サ 言葉について

普通 やや不自由 不自由

シ 床ずれについて

無 有 (部位)

2 精神の状況

(1) 性 格	<input type="checkbox"/> 朗らか	<input type="checkbox"/> 親しみやすい	<input type="checkbox"/> 几帳面
	<input type="checkbox"/> 人にとけこめない	<input type="checkbox"/> 自分のことを気にしやすい	<input type="checkbox"/> 頑固
	<input type="checkbox"/> わがまま	<input type="checkbox"/> 短気	<input type="checkbox"/> 無口
	<input type="checkbox"/> 融通がきかない	<input type="checkbox"/> 好き嫌が多い	<input type="checkbox"/> こり性

(2) 精神状態	<input type="checkbox"/> 正常
	<input type="checkbox"/> 精神障害あり ()

3 問題行動の状況 該当の箇所へレ点をお付けください

ア 自分の部屋やトイレ等の場所を間違える。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
イ 落ち着きがなく、家の中をうろうろする。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
ウ 外出して、迷子になることがある。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
エ 昼と夜の区別がつかないで、夜 声を出す。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
オ物をしまい忘れ、なくなったと言って騒ぐ。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
カ オシメはずしや使いじりなど、不潔な行動がある。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
キ タバコやマッチなど火の不始末がある。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
ク 事実でないことを事実だと思い込む。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
ケ 何でも物を集めてきて、しまいこむ。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
コ 食事をしたことを忘れ、すぐ食べたがる。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
サ 目にふれる物を何でも口に入れたがる。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
シ 介護等の際、抵抗したり攻撃的な行動をとる。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
ス ひとりごとを言う。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない
セ 興奮し騒ぎたてる。	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> ない

4 家族及び近親者の状況

	氏名	続柄	生年月日	職業	住所	電話番号
同居者	唐松太郎	夫	S0年0月0日	無職	岡山県〇〇市 △△ □□番地	0867 〇〇-〇〇〇〇
近親者						

私は、貴施設の利用を申し込みます。また、貴施設が他機関から私共の個人情報を収集することを了解いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

住所 岡山県〇〇市△△ □□番地

氏名 唐松 太郎 印 続柄 夫

電話番号 0867-〇〇-〇〇〇〇