

特別養護老人ホーム春日野園 短期入所生活介護利用申込書

平成 年 月 日

利用希望者	ふりがな				男・女	明治	年	月	日生
	氏名					大正			
	住所	〒							
要介護度		要支援1 ・ 2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
介護保険負担限度額認定証		第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 該当せず							
医療機関名					主治医				
住所					電話番号				
診断名(病名)					内服薬: あり ・ なし				
					点眼薬: あり ・ なし				
既往歴 (今までに入院や手術を行ったことがあるか等)		(例)平成21年5月～脳梗塞 (○△病院入院)			塗り薬: あり ・ なし				
					その他薬: あり ・ なし				
					お薬手帳: あり ・ なし				
特別な医療		無 ・ インスリン注射 ・ 経管栄養(経鼻・胃瘻) ・ 在宅酸素 ・ 尿道留置カテーテル ストーマ ・ 褥瘡 ・ 吸引 ・ その他()							
A D L 等 の 状 況	移動	独歩 ・ 歩行器 ・ 車椅子(自走:) ・ ストレッチャー			特記				
	食事	主食		副食		禁忌食		特別食	
		自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()							
	歯磨き	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()			[義歯] あり() ・ なし				
	入浴	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()			特記				
	排泄	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()			特記				
	視覚	普通 ・ 近くなら可 ・ 全盲			[眼鏡] あり ・ なし				
	聴覚	普通 ・ 大声で可 ・ 聞こえない			[補聴器] あり ・ なし				
	意思疎通	通じる ・ ある程度 ・ 通じない			特記				
問題行動	記憶障害 ・ 失見当 ・ 攻撃的行為 火の不始末 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 不穏興奮 ・ その他()			特記					

※担当ケアマネジャー様へ
「主治医の意見書(複写)」をお持ちの方はご提供していただきますようお願いいたします。

緊急連絡先①	氏名		続柄 ()	電話		
	住所				携帯	
緊急連絡先②	氏名		続柄 ()	電話		
	住所				携帯	
家族状況	氏名		年齢	続柄	同居/別居	居住市区町村
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
家族構成	=	経済状況	国民年金・老齢福祉年金・厚生年金 共済年金・船員年金・恩給 健康管理手当・その他()			
			月額又は年額	円/月・年		
介護保険状況	居宅介護支援事業所等名称					
	電話番号					
	担当ケアマネジャー氏名					
	サービス利用	通所介護(回/W)・通所リハ(回/W)・訪問介護(回/W) 短期入所(日/月)・訪問看護(回/W)・福祉用具貸与				
その他 注意事項						

必要書類	① 介護保険証(コピー) ② 介護保険負担限度額認定証(コピー) ③ 健康保険証(コピー) ④ 原爆手帳(お持ちの方のみ:コピーで可) ⑤ 重度障害者医療受給者証(お持ちの方のみ:コピーで可) ⑥ その他の手帳(コピー可)
------	--

※担当ケアマネジャー様へ
「主治医の意見書(複写)」をお持ちの方はご提供していただきますようお願いいたします。