

介護老人保健施設 二王子 利用申込書

(ご記入日 年 月 日)

フリガナ		男・女	大正	年	月	日
利用者氏名			昭和	年	月	日
利用者住所	〒					
申込者	氏名		続柄	自宅	電話番号	()
	住所	〒		電話	番号	()
				携帯	電話番号	()

*現在の状況を記入してください

※必ずご記入下さい

在宅療養中	医療機関名 主治医	居宅支援事業所名
医療機関入院中	医療機関名 主治医	担当介護支援専門員
施設入所中	施設名 入所・ショートステイ	担当支援相談員
主病名		
入所を希望する理由		
希望の部屋タイプ	(希望される全てに○をつけて下さい) 多床室 ・ 個室 ・ 特別個室	

*保険状況を○で囲んでください

申請中・区分変更中の方 認定調査 未・済(月 日)

介護保険	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	未申請
介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割		
医療保険	後期高齢者受給者証 ・ 前期高齢者受給者証 ・ 国保 ・ 協会けんぽ 健康保険組合 ・ 共済組合 ・ 船員 ・ 退職者医療		
助成	標準負担限度額認定証 ・ 障害者医療費受給者証 ・ 特定疾患医療受給者証 ・ 生活保護		
手帳	身体障害者手帳 有・無 等級() 精神障害者手帳 有・無 等級()		
年金	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 障害 ・ その他 ()		

*現在の家族状況を記入してください

同居家族	氏名	続柄	年齢	職業等
	氏名	続柄	年齢	職業等
	氏名	続柄	年齢	職業等
	氏名	続柄	年齢	職業等
	氏名	続柄	年齢	職業等

*現在の状況を○で囲んでください

移動	(歩行) 独歩 手すりにつかまる 杖を使う 歩行器を使う		
	(車いす) 自分で乗れる 乗るとき介助が必要 自分で操作出来る 介助で押しもらう		
	(その他) ストレッチャー		
座位保持	自分で座っていられる 寄りかかれば座っていられる 全く座れない		
立位保持	自分一人で立っていられる つかまれば立っていられる 立ってられない		
起き上がり	自分で起き上がることが出来る つかまれば起き上がることが出来る 出来ない		
立ち上がり	つかまらないうで立てる つかまれば立ち上がることが出来る 出来ない		
寝返り	自分で出来る 少し介助が必要 全介助		
食事	自分で食事が食べられる 少し介助が必要 全く一人で食べられず全介助		
	(食事の際に使用する物) 箸 スプーン フォーク (咽せ込み) 有 無		
	(食事の形態) 常食 お粥 刻み食 ミキサー食 (トロミ) 有 無		
	(その他) レビンチューブ挿入 胃瘻造設 その他		
排泄	自立している 少し介助が必要 全介助 尿便意 有 無		
	トイレに行く ポータブルトイレを使用 リハビリパンツを使用 オムツを使用 パット使用		
更衣	自分で出来る 少し介助が必要 (上着 下着) 全介助		
入浴	自分で出来る 少し介助が必要 全介助 機械浴		
整容	自分で出来る 少し介助が必要 (洗面 整髪 歯磨き ひげそり) 出来ない 部分義歯有(上・下) 総義歯		
視力	普通 あまり良く見えない 全く見えない メガネ (使用する 使用しない)		
聴力	普通 よく聞こえない 全く聞こえない 補聴器 (使用する 使用しない)		
意思疎通	普通に取れる 少し判断可能 ほとんど取れない		
精神状態	問題なし 問題あり (ありの場合は下記に当てはまるものを○で囲ってください) 暴言 暴力 不潔行為 徘徊 被害妄想 異食行為 介護抵抗 火の始末 自傷行為 昼夜逆転 大声を出す 幻覚 幻聴 妄想 その他 ()		
夜間睡眠	良眠 ・ 眠剤 (有 ・ 無)		
皮膚状態	(褥瘡) 有 無 有の場合は発生場所 ()		
医療行為	(吸引) 有 無 有場合は1日のおおよその回数 () 回程度 *その他、下記の中で行っていることを○で囲んでください 酸素療法 インシュリン注射 気管切開 その他 ()		
アレルギー	無 ・ 有 ()	感染症	無 ・ 有 ()
新型コロナワクチン	接種済み(接種回数 : 回) ・ 接種していない		
次回受診予定	無 ・ 有(病院名: 日時:)		
性格	趣味		
特記事項			

*お願い 直近の介護保険被保険者証のコピーと診療情報提供書、お薬情報(処方箋)を添付してください。
申請中・区分変更中の方は介護保険資格者証(介護保険暫定被保険者証)のコピーを添付して下さい