

ご利用申込書

令和 年 月 日

介護老人保健施設ジェロントピア菊華 施設長殿

当該サービスを利用したく、関係書類を添えて申し込みます。

(入所 / 短期入所 / 訪問介護)

ご利用者名	ふりがな		大正 / 昭和
	ご氏名	男 女	年 月 日 (才)
	ご住所	(〒 -) 電話番号	
ふりがな			ご利用者様との続柄
お申込み者氏名	様		
ご利用者様の介護度	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		
	新規申請中 / 更新中 / 区分変更中		
希望サービス内容 (希望されるサービスに ○をお付け下さい)	Ⅰ. 長期入所 (1ヶ月以上の入所)		
	Ⅱ. 短期入所療養介護 (ショートステイ)		
	(ご希望 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで)		
	上記 Ⅰ. 又は Ⅱ. の場合 (個室 / 2人部屋 / 4人部屋) を希望		
	Ⅲ. 訪問介護 (ご希望の曜日・時間帯を下記へご記入下さい)		
	月:	時 分 ~ 時 分	: 時 分 ~ 時 分
火:	時 分 ~ 時 分	: 時 分 ~ 時 分	
水:	時 分 ~ 時 分	: 時 分 ~ 時 分	
木:	時 分 ~ 時 分	: 時 分 ~ 時 分	
金:	時 分 ~ 時 分	: 時 分 ~ 時 分	
土:	時 分 ~ 時 分	: 時 分 ~ 時 分	
日:	時 分 ~ 時 分	: 時 分 ~ 時 分	
身元引受人	ふりがな	ご利用者様との続柄	
	ご氏名	様	
	ご住所	(〒 -) 電話番号 (携帯)	

* お申込書の有効期限は、1年とさせていただきます。1年経ちましたら再度お申込書をご提出下さい。

* 知りえきました個人情報は、適切に処理させていただきます。

ご利用時状況調査票1

令和 年 月 日

ご利用サービス（入所 / 短期入所 / 訪問介護）

ふりがな ご利用者名						様
医療保険の種類	後期高齢 / 国民健康保険 / 社会保険 / 共済保険 / その他()					
身体障害者手帳の有無	有 / 無					
介護保険負担割合証	1割 / 2割 / 3割					
介護保険負担限度額認定証	有(1段階 300円 / 2段階 390円 / 3段階① 650円 / 3段階② 1,360円) / 無					
生活保護の有無	有(福祉事務所 第 課/係・担当CW) / 無					
ご家族状況 (別居されている方も ご記入下さい)	ご氏名	年齢	続柄	ご住所・電話番号	主介護者に○	
				TEL:		
				TEL:		
				TEL:		
				TEL:		
				TEL:		
				TEL:		
ご結婚歴	既婚(配偶者の状況: 健康 / 虚弱 / 病臥 / ご逝去) / 離婚 / 未婚					
子供の人数	有(名 内ご逝去 名) / 無					
現在の状況	①自宅 ②医療機関ご入院中 ③介護老人保健施設ご利用中 ④特養ご利用中 ⑤有料老人ホーム等() ⑥その他					
世帯の形態	①一人暮らし ②ご夫婦のみ ③子供・親類と同居 ④その他()					
状況(1ヶ月) (いくら位まで負担可能か)	月 万円くらいまでなら負担可能 ①年金にて負担 ②ご家族負担 ③生活保護費受給					
職歴						
性格						
趣味						
嗜好	好きな物: 嫌いな物: 禁忌: アレルギー: たばこ: 吸う(1日 本) / 吸わない お酒: 飲む(頻度と種類) / 飲まない					

現在の病名	
既往歴	
定期通院等	有（通院先 _____ ） / 無
現在の生活リズム	<p style="text-align: center;"> 6 12 18 0 </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>入眠時間：1日約 _____ 時間位 ・ 入眠スタイル：布団 / ベッド</p> <p>入眠状況：良眠 / 不眠 : 眠剤服用：有(_____) ・ 無</p>
ご家庭での役割	※例(花の水やり、食事の片付け等、過去でもご記入下さい。)
面会の頻度	月 _____ 回 / 週 _____ 回 (主面会者 _____)
入所期間の希望	_____ ヶ月入所希望
今後の方針	在宅可能 / 不可能 (理由: _____)

以下は施設処理欄です。ご記入の必要はございません。

《 経過 ・ ご退所後の方針等 》

(記入者 _____)

ご利用時状況調査票2

(記入者

)

ふりがな	
ご利用者名	様

項目	状況			
食 事	食事摂取： 自立 一部介助 全介助 胃瘻			
	主食： 普通 ・ 粥 ・ 軟飯 ・ 重湯 ・ その他()			
	副食： 普通 ・ キザミ ・ 極キザミ ・ ミキサー ・ その他()			
	特食： Na g制限 kcal制限 ・ その他			
	禁食： ()			
	食事摂取量： 全量 ・ / ・ ほとんど摂取していない			
	嚥下状態： できる 見守り(介護側の指示を含む) できない			
洗 面	自立 一部介助 全介助			
更 衣	自立 一部介助 全介助			
入 浴	自立 一部介助 全介助 ・ 一般浴 ・ 機械浴 ・ リフト浴 ・ 清拭のみ			
排 泄(尿)	自立 一部介助 全介助 尿意 (有 ・ 時々 ・ 無)			
	①下着 ②紙パンツ ③オムツ *日中は *夜間は			
	留置カテーテル Fr (最終交換日) その他			
排 泄(便)	自立 一部介助 全介助 (トイレ ・ オムツ)			
	下剤の使用 (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 時々 ・ 無)			
寝 返 り	自立 一部介助 全介助			
起 き 上 が り	自立 一部介助 全介助			
座 位 保 持	自立 一部介助 全介助 不可能			
立 ち 上 が り	自立 一部介助 全介助 不可能			
立 位 保 持	自立 一部介助 全介助 不可能			
歩 行	自立 一部介助 全介助 不可能			
車椅子	移乗： 自立 一部介助 全介助 操作： 自立 一部介助 全介助			
階段昇降	自立 見守り 一部介助 全介助 行っていない			
義 歯	無 ・ 有(総入れ歯： 上 下 部分入れ歯： 上 下)			
視 力	普通 矯正(眼鏡等の使用) 弱視 全盲			
聴 力	普通 やや難聴 難聴(補聴器 有 ・ 無)			
言語障害	無 ・ 有			
意思疎通	可能 やや可能 不可能			
指 示	介護側の指示が通じる ・ 介護側の指示が時々通じる ・ 介護側の指示が通じない			
理 解	・ 毎日の日課を理解することが	できる	曖昧	できない
	・ 生年月日や年齢を答えることが	できる	曖昧	できない
	・ 直前に何をしていたか思い出すことが	できる	曖昧	できない
	・ 自分の名前を答えることが	できる	曖昧	できない
	・ 今の季節を理解することが	できる	曖昧	できない
	・ 自分がいる場所を答えることが	できる	曖昧	できない

ご利用時状況調査票3

(記入者)

ふりがな ご利用者名	様			
項目	状況			
行動	<ul style="list-style-type: none"> ・物を盗られたなどと被害的になることが ・作話をし、周囲に言いふらすことが ・実際にはないものが見えたり、聞こえることが ・泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが ・夜間不眠、昼夜の逆転が ・暴言暴行が ・しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが ・大声を出すことが ・助言や介護に抵抗することが ・目的もなく動き回ることが ・「家に帰る」と言い、落ち着きがないことが ・外出すると、病院、施設、家等に一人で戻れなくなることが ・一人で外に出たがり、目が離せないことが ・色々な物を集めたり、無断で持ってくるが ・物や衣類を壊したり、破いたりすることが ・不潔な行為を行うことが ・食べられない物を口の中に入れることが ・周囲が迷惑している性的行動が 	<ul style="list-style-type: none"> ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない ない 	<ul style="list-style-type: none"> ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある ときどきある 	<ul style="list-style-type: none"> ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある ある
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度 等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 (部位) <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)			
心身の状態	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
身体状況	身長 cm 体重 kg			
他科受診	無 ・ 有 [<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()] 処方内容 ()			
特記事項				