

利用申込書

これは介護老人保健施設 横浜あおばの里のご利用を希望される皆様に、より適切なサービスを提供する事が出来るよう、ご要望等をお伺いする用紙です。
ご本人、主に介護をされている（今後、介護を予定されている）方、ご親族の皆様ともよくご相談をなさってください。
その上で率直なお考えをお書き下さい。そして次回の面接日にお持ち下さい。（事前にお送り頂いても結構です）

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|----------------|----------|----------|-----------|--------------|--------|---|--|
| ふりがな | | 様 | | 男女 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| 氏名 | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 | | ※住所変更予定 無・有（平成 | | 年 | 月 | 頃） | 電話 | （ | |
| 健康保険 | 後期高齢・国保・社会保険・生活保護・その他（ | | 身障手帳 | 無・有（ | | 種 | 級） | | | |
| 介護保険 | 要介護度 | 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 | | 有効期間 | 年 | 月 | 日～ | 年 | 月 | |
| 状況 | 申請中（ | | | | | | | | | |
| 限度額認定証 | 1段階・2段階・3段階・4段階 | | 保険者 | | | 被保険者番号 | | | | |
| 居室介護支援事業所名 | | | 担当ケアマネ | | | | | | | |
| 住所 | | | 電話 | （ | | | | | | |
| 最終 利用サービス | □デイケア週 | | 回 | □デイサービス週 | 回 | □ショートステイ月 | 回 | □訪問介護週 | 回 | |
| | □訪問リハビリ週 | | 回 | □その他（ | | | □住宅改修：実施・未実施 | | | |
| | 福祉用具購入（ | | | | | | | | | |
| | 福祉用具貸与（ | | | | | | | | | |
| 施設入所歴：無・有（施設名 | | 期間 | | | | | | | | |
| 医療状況 | 病名 | 発症時期 | 病院名 | 入院期間 | 現状（受診頻度） | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 医療行為 | □経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻） □バルカテーテル □ストマ □カストミ □中心静脈栄養（CVポート：無・有） | | | | | | | | | |
| | □インシュリン □吸引（頻度 | | | | | | | | | |
| | 回/日） □点眼 □軟膏処置 □末梢点滴（適宜・持続） | | | | | | | | | |
| ※内服・点眼・軟膏薬など現在使用中のお薬がわかる書類コピーを添付して下さい（お薬手帳・薬剤情報提供書など） | | | | | | | | | | |
| 現在の居場所 | □在宅療養中 | 主な介護者 | | | | | | | | |
| | | 続柄 | | | | | | | | |
| | □医療機関入院中 | □療養型医療施設 □病院 □身体障害者更生援護施設 □その他（ | | | | | | | | |
| | 医療機関名： | | 入院病棟： | | | | | | | |
| | 主治医： | | 担当ケアマネ： | | | | | | | |
| | 入院日：平成 | | 年 | 月 | 日 | ※退院予定日 | | 年 | 月 | |
| □施設入所中 | □介護老人保健施設 □特別養護老人ホーム □グループホーム □有料老人ホーム □養護老人ホーム | | | | | | | | | |
| | □軽費老人ホーム（ケアハウス） □軽費老人ホーム（A・B） □その他（ | | | | | | | | | |
| | 施設名： | | 担当相談員： | | | | | | | |
| | 入所日：平成 | | 年 | 月 | 日 | ※退所予定日 | | 年 | 月 | |

ご本人の状況

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------|--------|----|---|------|------|--|--|
| 利用理由 | □入所 | ◎棟希望（一般棟・認知症棟） / ◎居室希望（4人・個室） / ◎入所希望時期 平成 | | | | | | | | |
| | 年 | | | | | | | | | |
| | 月 | | | | | | | | | |
| | 頃 | | | | | | | | | |
| サービス利用理由に該当するものすべてにシ点を付けて下さい。 また、利用を申し込みされる理由を具体的に記載して下さい。 | | | | | | | | | | |
| | □在宅復帰 | | | | | | | | | |
| | □リハビリ | | | | | | | | | |
| | □在宅困難 | | | | | | | | | |
| | □その他 | | | | | | | | | |
| ご要望 | サービスを利用する事で、どのような目標を達成出来ればよいとお考えですか？ また、サービスを利用されるにあたり、施設にどのようなご要望がありますか？ どのような内容でも構いませんので、お書き下さい。 例えば…「車椅子から便器へ自力で乗り移りが出来るようになれば」「介護をしている家族の体調が回復して、上手な介護方法が知りたい」「今より少しでも介護の手間が少なる」という事です。 | | | | | | | | | |
| | ご本人 | リハビリ | | | | | | | | |
| | | 栄養管理 | | | | | | | | |
| | | 生活面 | | | | | | | | |
| | ご家族 | 体調管理 | | | | | | | | |
| | | リハビリ | | | | | | | | |
| | | 栄養管理 | | | | | | | | |
| | | 生活面 | | | | | | | | |
| | | 体調管理 | | | | | | | | |
| | 他施設申込み状況 | 施設名： | 種類： | 申込日：平成 | 年 | 月 | 日 | 待機番号 | | |
| 施設名： | | 種類： | 申込日：平成 | 年 | 月 | 日 | 待機番号 | | | |
| 施設名： | | 種類： | 申込日：平成 | 年 | 月 | 日 | 待機番号 | | | |
| 施設名： | | 種類： | 申込日：平成 | 年 | 月 | 日 | 待機番号 | | | |
| 施設名： | | 種類： | 申込日：平成 | 年 | 月 | 日 | 待機番号 | | | |
| 申込者 | ふりがな | | 様 | | 続柄 | | | | | |
| | 氏名 | 印 | | 電話 | ① | （ | | | | |
| | 住所 | 〒 | | 電話 | ② | （ | | | | |
| 受付日 | | | | | | | | | | |
| | | 年 | | 月 | | 日 | | 受付者 | | |
| 介護老人保健施設 横浜あおばの里 | | | | | | | | | | |