

利 用 申 込 書

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

申込に来られた方

〒 _____		
住所:		
氏名:	続柄	
電話:		

リハビリセンター王山の

入所 ・ 短期入所 ・ デイケア

を利用したいので次のとおり申し込みます。

施設利用を希望する方		※該当する所は記入か○印、□にはレ印を付けてください。		
フリガナ		生年月日	明 大 昭 年 月 日 (歳)	
氏 名	様 男 ・ 女			
住 所	〒 _____			
緊 急 連 絡 先	続 柄	名 前		
	電 話 番 号			
	続 柄	名 前		
	電 話 番 号			
要 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 ・ 未認定			
身体障害者手帳	□無 □有(_____)			
生 活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他施設(老健・特養・療養型・その他)に入所中 (施設名 _____) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名: _____ 時期: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
利 用 理 由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 自宅で介護を始めた時期(_____ 年 _____ 月頃から) <input type="checkbox"/> 現在、居宅サービスを利用している(いる・いない) <input type="checkbox"/> 他施設への申込(有・無) (_____)			
身 体 状 況	(視力) 正常 ・ 中度 ・ 重度			
	(聴力) 難聴 ・ やや難聴 ・ 問題なし (補聴器: □無 □有)			
介 護 の 状 態	食 事	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助	更 衣	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助
	排 泄	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助	認 知 症 (症状)	なし ・ あり
	入 浴	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助		幻視・幻覚、徘徊、昼夜逆転、妄想、暴力、 介護抵抗、不眠、不潔行為、危険行為
	移 動	自力 ・ 一部介助 ・ 全介助		
医 療	現在治療中の病気など (主治医: _____) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他			
担当居宅介護支援事業所名 :		担当ケアマネジャー名 :		

主に介護している人について		※介護している人と申込者が同じでも再記入してください。	
氏 名		続 柄	
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠方で別居		
意見など	<u>介護で困っていること</u>		