

しおかわ福寿の里 利用申込書

申込年月日： 平成 年 月 日

希望期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
利用者	フリガナ 氏名	----- 印	性別 男女 M T S 年 月 日 (歳)
	現住所	〒 - TEL ()	
	施設利用の 動機・理由		
	現在の居所	1. 在宅 2. 医療機関 (医療機関名： / 年 月 日~) 3. 介護保険施設 (施設名： / 年 月 日~) 4. その他 ()	
	退所予定先	1. 在宅 (自宅・近親者宅・その他) 2. 介護保険施設 (施設名：) 3. その他 ()	
	病院受診の 状況	1. 受診している (受診医療機関名： 主治医名) 2. 特に医療機関には罹っていない。	
保護者	フリガナ 氏名	----- 印	続柄 お勤め先： TEL ()
	住所	※利用者と同居の場合は記載不要です。 〒 - TEL 自宅 () 携帯 ()	
	保護者以外の連絡先	TEL () 連絡先名： 続柄 様 TEL () 連絡先名： 続柄 様	

利用者の状態 ※わからない場合には入院先の看護師やケアマネージャーに確認してください。							
食 事	自分で可	一部介助	全介助	視 力	普通	支障あり (眼鏡)	全盲
入 浴	自分で可	一部介助	全介助	聴 力	普通	やや難聴	難聴
排 泄	自分で可	一部介助	全介助	言 語	普通	少し不自由	不自由
着 脱	自分で可	一部介助	全介助	床ずれ	なし	有 (大 中 小)	
起 座	自分で可	一部介助	全介助	オムツ	未使用	使用 (夜のみ 昼夜)	
歩 行	自分で可	杖 車椅子 歩行器		徘徊	なし	有 (昼 夜)	
認知症状	現在の認知状況をわかる範囲でご家族がチェックしてください。						
	なし	家族では 判断できない	軽い物忘れ	物事を自ら 判断できない	重度の物忘れ	家族の判別が 出来ない	会話が成立 しない
食事内容	1.普通食 2.軟食(お粥等) 3.刻み食 4.流動食 5.治療食(食) 6.その他()						
困っている症状：							
家族状況 (本人除く)	氏 名	続柄	年齢	職業	同居・別居の別	主介護者	
					同居 別居		
					同居 別居		
					同居 別居		
					同居 別居		
					同居 別居		
保険情報等	介護保険証	保険者番号	被保険者番号				
		要介護状態 区分等	認定年月日	平成 年 月 日			
	認定の有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	現在利用されている 居宅介護支援事業所	担当者名					
医療保険証	1.国民保険 2.社会保険 3.医師国保 4.生活保護 5.後期高齢者 6.その他()						
身体障害者手帳	障害名					号 種 級	