

しおかわ福寿の里 利用申込書

申込年月日： 令和 年 月 日

希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
利用者	フリガナ 氏名	----- 印	性別 男女 M T S	生年月日 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. 特に医療機関には雇っていない。		
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	令和 年 月 日			
	認定の有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 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	