

(様式第1号)

# 介護老人保健施設なぎさ利用申込書

介護老人保健施設

平成 年 月 日

なぎさ 施設長 様

申込者		Ⓜ	関係	
住所				
電話	( )	勤務先	( )	

次の者の貴施設利用を希望いたしますので、

関係書類を添えて申し込みたいです。

ふりがな		男	M・T・S		家族	1 一人暮らし
利用者		・				2 高齢者世帯
氏名		女	年 月 日生	歳	構成	3 同居家族有
住所					電話	( )

利用の目的

※該当番号を○で囲んでください。

1. 機能訓練を受けたいため。

2. 退院後の在宅ケア準備のため。

3. 在宅での介護が困難なため。

【理由＝介護者が病弱 介護者が入院 介護者がいない】

4. その他 【 】

現在の居住地	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 <input type="checkbox"/> 入院中(病名＝ ) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名＝ )	
希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人室 <input type="checkbox"/> 4人室 <input type="checkbox"/> どこでもよい <input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 認知症専門棟	
入所希望月	月(上旬・中旬・下旬) <input type="checkbox"/> いつでもよい	
退所後の方向	<input type="checkbox"/> 家庭復帰できる <input type="checkbox"/> 家庭復帰不可( <input type="checkbox"/> 他老健へ <input type="checkbox"/> 特養へ) <input type="checkbox"/> わからない	
退所月	平成 年 月まで	

主な同居家族	氏名	年齢	関係	職業	《家族構成図》 本人 ───┬─── 配偶者   └───

身元引受人	氏名	(関係＝ )	自宅TEL	( )
	住所		緊急連絡先TEL	( )

介護保険証	被保険者番号	保険者番号	要介護状態区分
			1 2 3 4 5 申請中
	認定有効期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日

### 【関係書類】

- ① 本人の健康状態(様式第2号)
- ② 診療情報提供書
- ③ 介護保険被保険者証

### 【お願い】

- ・ 申込書受理後、事前訪問面接を行いますのでご協力ください。
- ・ 申し込み後、記載内容に変更のあった場合はお知らせください。

介護老人保健施設なぎさ

(様式第2号)

【本人の健康状態】

記入日 = 平成 年 月 日

記入者 =

①介護上の 問題点				
②かかりつ けの医師	医師の氏名	(1)	(2)	(3)
	医療機関名	(1)	(2)	(3)
③現在の 診療状況	最終診察日	平成 年 月 日 (機関名 = ) 通院日 =		
	受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 (内科・精神科・外科・整形外科・脳神経外科・皮膚科) <input type="checkbox"/> 無 泌尿器科・婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・歯科) その他【 】		
④病名及び 発症年月日			現在の内服薬	
⑤日常生活 動作の状況  (該当する 番号に○ 印を記入)	視力	1 普通 2 新聞の大見出しがやっと見える 3 かるうじて顔の輪郭がわかる 4 ほとんど見えない		
	聴力	1 普通 2 大きい声で話せば聞こえる 3 耳元で大声で話せば聞こえる 4 聞こえない		
	意思疎通	1 完全に通じる 2 ある程度通じる 3 ほとんど通じない		
	移動	1 介助なしに一人で歩く 2 一部介助を要する 3 全面的に介助を要する		
	食事	1 介助なしに食事する 2 一部介助を要する 3 全面的に介助を要する		
	排泄	1 介助なしに一人で行える 2 一部介助を要する 3 全面的に介助を要する		
	入浴	1 介助なしに一人で行える 2 一部介助を要する 3 全面的に介助を要する		
	着替え	1 介助なしに一人で行える 2 一部介助を要する 3 全面的に介助を要する		
整容	1 介助なしに自由に行える 2 一部介助を要する 3 全面的に介助を要する			
⑥気分と行動	※日常生活において該当する行動がありましたら□に印をつけて下さい <input type="checkbox"/> ひどい物忘れがある <input type="checkbox"/> 興味を持っていた活動をしなくなる <input type="checkbox"/> たびたび不安、心配事を訴える <input type="checkbox"/> 助言や介護に抵抗することがある <input type="checkbox"/> 泣いたり、笑ったり感情が不安定になることがある ..... <input type="checkbox"/> 物を盗られたなどと被害的になることがある <input type="checkbox"/> 夜間不眠あるいは昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある <input type="checkbox"/> 大声を出すことがある <input type="checkbox"/> 目的もなく動き回ることがある (徘徊) <input type="checkbox"/> 火の始末や火元の管理ができないことがある <input type="checkbox"/> 不潔な行為を行うことがある その他の問題点 【 】			