

## 特別養護老人ホームさみた 利用申込書

\*該当する項目に☑してください

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

希望サービス	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ）	<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）
--------	--	---------------------------------------

ご本人様の状況	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名			<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	
	住所		〒 _____ 電話番号 ( _____ )				
	介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
		認定期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
		保険者	番号	被保険者番号			
		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割				
		負担限度額	<input type="checkbox"/> 申請済 ( <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第1段階 ) <input type="checkbox"/> 申請未				
		居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 夫婦で生活 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 介護施設入所中 <input type="checkbox"/> 病院入院中				
	現在居所	施設・病院の名称	所在地	〒 _____			
		入所・入院期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 入所・入院中				
	在宅サービス	居宅介護支援事業所	担当ケアマネ				
		利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 /週 <input type="checkbox"/> 訪問看護 /週 <input type="checkbox"/> 通所介護 /週 <input type="checkbox"/> 通所リハ /週 <input type="checkbox"/> 訪問リハ /週 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> ショートステイ    _____ 日程度/月 事業所名： _____				
		病名					
	医療の状況	治療中の病名・既往歴	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
		主治医	病院	担当医師名			
		上記以外に通院している医療機関					
		主な入院歴	医療機関名	疾病名		年	頃
			医療機関名	疾病名		年	頃
			医療機関名	疾病名		年	頃

## 特別養護老人ホームさみた 利用申込書

介護者の状況	フリガナ				性別	年齢	続柄	生活（本人と）
	氏名				男 ・ 女			同居 ・ 別居
	住所	〒 *同居の場合は記載不要 電話番号 ( )						
緊急時連絡先	連絡先①	氏名				自宅電話番号		
		続柄	世帯	同居 ・ 別居		携帯電話番号		
	連絡先②	氏名				自宅電話番号		
		続柄	世帯	同居 ・ 別居		携帯電話番号		
	連絡先③	氏名				自宅電話番号		
		続柄	世帯	同居 ・ 別居		携帯電話番号		
ご本人の生活の状況	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	主食形態	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> パースト	<input type="checkbox"/> その他			
	副食形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> パースト			
	歯の状況	<input type="checkbox"/> 自歯	<input type="checkbox"/> 部分入れ歯 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 )					
		<input type="checkbox"/> 総入れ歯	<input type="checkbox"/> 歯、入れ歯なし					
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> 尿とりパット	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オムツ			
		<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ			<input type="checkbox"/> その他		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
		<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> 車イス			
		<input type="checkbox"/> 車イス	( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助 )					
	立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可		
	座位	<input type="checkbox"/> 座位保持可		<input type="checkbox"/> 短時間なら保持可	<input type="checkbox"/> 背もたれ要			
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
会話	<input type="checkbox"/> 意思疎通できる		<input type="checkbox"/> 意思疎通できない					
認知症	<input type="checkbox"/> 認知症はない		<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活に支障はない					
	認知症のため、普段の生活の中で以下の項目に該当する行動等が見られえる場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください							
	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 大声、奇声	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 夜間不眠	<input type="checkbox"/> 幻覚、妄想		
	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 暴言、暴力	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 同じ話をする			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							

社会福祉法人やまびこ会特別養護老人ホームさみたを利用するにあたり、貴法人の個人情報保護方針を理解し、介護保険者（市町村）や介護サービス事業所等で必要な個人情報の使用について同意します。

平成 年 月 日

申込者