

利用申込書

長期 短期

令和 年 月 日

受付

受付者

ふりがな		性別	生年月日			年齢	
利用希望者		男・女	大正 昭和	年	月	日	
申込者住所	〒	同居者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			電話番号		
ふりがな		性別	生年月日			続柄	
身元保証人		男・女	昭和 平成	年	月	日	
身元保証人住所	〒				電話番号		
介護保険	認定済・申請中・区変中	介護度		負担割合	割	負担限度額	段階
居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー			
現況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 医療機関・施設名(年 月 日～)						
経済状況	本人収入	円/月	国民・厚生・共済・遺族・障害・生保・その他				
	家族収入	円(年収・月額)	家族の経済援助		有 ・ 無		
家族構成	氏名	続柄	生年月日	連絡先・電話番号		職業	
具体的な入所希望の理由・介護、リハビリに対する希望など							
食事量低下時の胃瘻造設 希望する ・ 希望しない 延命治療について 希望する ・ 希望しない							

介護老人保健施設ケアコートもりおか 施設長 殿

- ・ 申込者及び利用希望者は、介護老人保健施設ケアコートもりおかへの入所を申し込みます。
- ・ 入所判定に必要な情報について、居宅介護支援事業所、医療機関、その他の関係機関より収集、または照会することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

続柄

ご利用者の日常生活動作について

一日の生活状況			
移動	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	手段	<input type="checkbox"/> 独歩・杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす	
食事	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ソフト
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト
		汁	<input type="checkbox"/> トロミ有 <input type="checkbox"/> トロミ無
	食事量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 少量	
	ムセ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (総義歯・上・下義歯)	
	療養食・制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
排泄	使用種類	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 尿取パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
	排泄場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	
	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	
	尿・便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 曖昧	
入浴	入浴形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特浴	
	洗身	<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	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
意思疎通	程度	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不可	
	視覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり()	
	聴覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり(左・右 補聴器)	
	言語	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり(失語症・構音障害)	
麻痺	有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
家屋状況		<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅	
	トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 屋外	

退所後の意向	<input type="checkbox"/> 自宅		
	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 有料	他施設申込状況
		<input type="checkbox"/> 特養	他施設申込状況

生活歴:出身、仕事、結婚年齢等簡単にお書き下さい。