

施設利用申込書

飯田市立病院介護老人保健施設（入所）

申込者:氏名		連絡先		(続柄)		年		月		日	
利用者氏名	(ふりがな)	男	明治	大正	年	月	日生	(	歳)		
住所	〒										
身元引受人		氏名		電話		住所					
連絡先		氏名		電話		住所					
1.利用希望期間											
年 月 日 ～ 年 月 日											
2.現在の状況						3.サービス利用後の方針					
① 自宅						① 自宅 ④ その他					
② 病院または他の施設に入所（院）中						② 他施設					
名称						③ わからない					
期間 月 日 ～ 月 日											
4.サービス利用の目的						7.特別養護・養護施設等申込み状況					
						① 申込済み（年 月 日申込）					
						② 申込していない					
5.入所後の看護・介護に対する意向						8.介護保険の要介護（支援）認定					
						被保険者番号					
						認定日 年 月 日					
						有効期間 年 月 日 から					
						年 月 日 まで					
6.家族状況（※主たる介護者に○）						① 要支援（） ② 要介護（）					
氏名	続柄	年齢	職業								
						9.指定居宅介護支援事業者の名称					
						電話 担当者					
						10.かかりつけ医					
						受診の状況					
						なし あり（受診頻度：）					
11.利用者の状況 ※ 該当の□にチェックし、記入してください。											
(1) ☐ ペースメーカー（）						(7) 食べる… ☐ 自分で食べる ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
(2) ☐ 尿カテーテル（）						(8) 座る… ☐ 問題なし ☐ 支えが必要 ☐ 座れない					
(3) ☐ ストマの処置（）						(9) 歩く… ☐ 問題なし ☐ 介助が必要 ☐ 歩けない					
(4) ☐ 経管栄養（）						() 手すり ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子					
(5) ☐ インスリン注射（）						(10) 行動… ☐ 徘徊がある ☐ 場所に迷う ☐ 夜眠らない					
(6) ☐ 酸素療法（）						☐ 介護に抵抗 ☐ 大声で怒る ☐ 独り言をいう					

申し込み受付者