

**介護老人保健施設ひまわり 利用申込書**

申込書提出日	平成 年 月 日		申込書受理者	
申込者氏名	フリガナ		利用者との 続柄	
	Ⓜ			
申込者住所	(TEL) — — (携帯) — —			
利用者氏名	フリガナ		性別	男 ・ 女
	Ⓜ			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)			
利用者住所	(TEL) — —			
介護保険証	介護度	被保険者番号	保険者番号	認定年月日
				平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
現在の状況	自宅生活	他施設利用	入院中	在宅サービス利用中
	(主介護者)	(施設名)	(病院名)	(サービス内容) (担当ケアマネ)
病名・病歴				
居室希望	個室のみ ・ 多床室のみ ・ どちらでも可 ( )			
在宅復帰の見込み	在宅介護可能となる条件 ( )			
家族背景	1. 独居      2. 高齢者世帯      3. 子供(息子・娘)と同居 ( 人家族) 5. その他 ( )			
心身の状況等				
移動	1. 独歩    2. 歩行補助具( )使用    3. 車椅子(自立・要介助)    4. 寝たきり			
食事	1. 自立    2. 一部介助    3. 全介助    4. 経管栄養(鼻腔・胃瘻)    5. その他 ( )			
排泄	1. 自立    2. ポータブル    3. オムツ(1日中・夜間のみ)    4. カテーテル    5. その他			
入浴	1. 自立    2. 一部介助    3. 全介助	着脱衣	1. 自立    2. 一部介助    3. 全介助	
認知症	1. なし    2. あり ( 行動: <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴・妄想 )			
特記事項				
(施設記入欄) <b>決定事項</b>				
1. 老健利用 (平成 年 月 日より利用可能)				
2. 利用中止 (理由: 他施設入所・入院・家族の希望により・本人の希望により)				
3. その他				