

介護老人保健施設ひまわり 利用申込書

申込書提出日	令和 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) 決定事項				
1. 老健利用 (令和 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				