

介護老人保健施設 ジャスミン 入所申し込み書

No.1

令和 年 月 日

フリガナ					生年月日・年齢	性別	
氏名	明・大・昭		年	月	日	歳 男・女	
現住所	〒 -		電話番号	- -			
医療情報	現病歴・既往歴（該当する疾患名を○し、その他はご記入ください） 高血圧 糖尿病 脳梗塞 脳出血 てんかん パーキンソン病 レビー小体型認知症 アルツハイマー型認知症 認知症 慢性閉塞性肺疾患 喘息 結核 肺炎 狭心症 心筋梗塞 腎臓病 肝炎（ 型） リウマチ 骨折（部位： ） 癌（部位： ） その他（ ）						
	主治医						
	その他受診中の病院						
	内服薬（お薬手帳、薬剤情報の添付可）						
	医療処置（行なっている処置に○を付けてください） 経管栄養 胃ろう 吸引 膀胱留置カテーテル 酸素 人工透析 高カロリー輸液 人工肛門 インスリン注射 褥瘡（部位 ） ペーサー（次回点検予定日 平成 年 月 日） その他						
	特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 福祉医療費受給資格者証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （身体 療育 精神 種 級 ）						
介護保険情報	保険者			被保険者番号			
	要介護度	申請中	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4 要介護5	
	有効期間	平成	年	月	日	～ 平成 年 月 日	
	介護保険負担割合			<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割		
	負担限度額認定証			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		食費の負担限度額 円
						個室の負担限度額 円	
居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー				
利用希望期間	令和	年	月	日	～	令和 年 月 日	
退所後について	<input type="checkbox"/> 在宅希望 <input type="checkbox"/> 施設入所希望						
どのような状況になれば在宅生活が可能ですか？							
現在の状況	自宅（独居・同居）						
	施設（特養・老健・有料・その他（ ））						
年金	入所日（令和 年 月 日）						
	年金の種類			年額（概算）			
						円	

介護老人保健施設 ジャスミン 入所申し込み書 No.2

<p>*次のア～エのうち、ほぼ当てはまるものに1つ○印を付けて下さい。</p> <p>ア 身の回りのことは大体自分でできて、一人で隣近所へ外出できる</p> <p>イ 家の中では寝たり起きたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要</p> <p>ウ ベット上で過ごすことが多いが、移動に車椅子を使用できる (車椅子で座る姿勢が保てる)</p> <p>エ 一日中ベット上で過ごし、自分では身動きできず、全てに介助が必要</p>	
身体面	麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) 装具使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	歩行 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> できない 車椅子 (<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自操)
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	むせ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり とろみ剤使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)
	排泄 日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パットのみ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ・パット <input type="checkbox"/> オムツ 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パットのみ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ・パット <input type="checkbox"/> オムツ
	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 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト・チェアー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
認知面	<p><input type="checkbox"/> 認知症あり (以下の質問にレ点をつけて下さい) <input type="checkbox"/> 認知症なし</p> <p><input type="checkbox"/> 自分で物をしまい無くしたり、誰かに物を盗られたと言うことがある</p> <p><input type="checkbox"/> 金銭の勘定ができなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> 自分の部屋やトイレの場所がわからないなど、家の中で迷う</p> <p><input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えができなくなった</p> <p><input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど火の不始末がある</p> <p><input type="checkbox"/> 家の外をさまよいて歩く <input type="checkbox"/> 家族(介護者)への暴言や抵抗がある</p> <p><input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声を上げる</p> <p><input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> トイレ以外の場所で放尿する</p> <p><input type="checkbox"/> ひんぱんに服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる</p> <p><input type="checkbox"/> その他の症状</p>
ご家族申し込み欄	入所に申込みに係る説明事項について確認しました。 令和 年 月 日 フリガナ 本人との 氏名 続 柄 (郵便物の送付や施設からの連絡先) *入所契約者の代理人となられる方をお願いします。 〒 - 住所 氏名 TEL - -
介護支援専門員申し込み欄	<p>*本人又は家族等を代理して介護支援専門員が申込む場合は、当欄に記入・確認をお願いします。</p> フリガナ 氏名 介護支援事業所名 TEL - - 代理申込みを行う介護支援専門員の意見 <p>*本人又は家族等への連絡先を、上記申込代理欄《家族等》に記入して下さい。</p> 入所申込に係わる説明事項について確認の上、申込本人又は家族等にその旨を報告します。 説明 令和 年 月 日 代理申込 介護支援専門員署名 ㊟