

黒部市介護老人保健施設利用申請書

令和 年 月 日

黒部市介護老人保健施設所長 あて

入 所
次のとおり黒部市介護老人保健施設に 短期入所 利用したいので申請します。
通 所

申請者	住 所	〒		
	氏 名	印		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	(歳)
	利 用 者 との続柄		職 業	
	電話番号	自宅 () ー		
携帯 () ー				
利用者	住 所	〒		
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	(歳)
	電話番号	() ー		

(注) 短期入所又は通所利用申請においては、上記内容に変更がない場合に限り、初回利用時の申請書提出をもって、繰り返し利用することができます。

利用希望調査書

該当する番号に○をつけてください。

当施設を利用されたい理由はどのようなことですか？

- 1 機能訓練(リハビリ)のため
- 2 介護疲れのため
- 3 介護者外出(旅行等)のため
- 4 介護者が病気のため
- 5 家族が病気となり介護者が看病しなければならないため
- 6 冠婚葬祭のため
- 7 自宅にて入浴が困難なため
- 8 日中介護者がおらず一人で居れないため
- 9 家屋改築のため
- 10 その他[]

枠内は、入所希望の方のみご記入ください。(短期入所療養介護及び通所リハビリテーションを除く)

当施設は、介護老人保健施設としての役割である在宅復帰を目指しご利用いただく施設です。

どれだけの期間の利用をお考えですか？

- 1 1ヶ月程 2 2ヶ月程 3 3ヶ月程

当施設の他に施設又は病院を申し込みされていますか？

- | | | | | | | |
|---|----|---------|------|-------|---|----|
| 1 | ある | [施設・病院名 | 申請年月 | 平成・令和 | 年 | 月] |
| | | [施設・病院名 | 申請年月 | 平成・令和 | 年 | 月] |
| | | [施設・病院名 | 申請年月 | 平成・令和 | 年 | 月] |
| | | [施設・病院名 | 申請年月 | 平成・令和 | 年 | 月] |
| 2 | ない | | | | | |

主に介護をされている方はどなたですか？

- 1 嫁 2 妻 3 夫 4 娘 5 息子 6 孫 7 介護者なし 8 その他 []

現在、どちらで生活(療養)されておられますか？

- 1 自宅 2 病院(入院中) 3 施設(入所中) 4 子または親戚宅 5 その他 []

現在、通院(入院)している医療機関はありますか？

- | | | | | | | | |
|---|----|--------|-------|------|----|----|---|
| 1 | ある | [医療機関名 | 病院・医院 | 主治医名 | 先生 | 病名 |] |
| | | [医療機関名 | 病院・医院 | 主治医名 | 先生 | 病名 |] |
| | | [医療機関名 | 病院・医院 | 主治医名 | 先生 | 病名 |] |
| 2 | ない | | | | | | |

介護保険認定はお済ですか？

- 1 認定済(要介護状態 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
- 2 認定未
- 3 申請中(新規・更新・区分変更 申請日 令和 年 月 日)

契約されている居宅介護支援事業者があれば事業所名と担当の居宅ケアマネジャー名をご記入ください。

事業所

担当ケアマネジャー

現在の心身の状態についておたずねします。

移動は、どのような状態ですか？

- 1 時間がかかっても介助なしに一人で歩く
- 2 手を貸してもらうなど一部介助を要する
- 3 全面的に介助を要する

食事は、どのような状態ですか？

- 1 やや時間がかかっても、介助なしに食事する
- 2 おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する
- 3 全面的に介助を要する

排泄は、どのような状態ですか？

- 1 やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
- 2 便器に座らせてもらうなど一部介助を要する
- 3 全面的に介助を要する

入浴は、どのような状態ですか？

- 1 やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
- 2 体洗ってもらうなど一部介助を要する
- 3 全面的に介助を要する

着替えは、どのような状態ですか？

- 1 やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
- 2 そでを通してもらうなど一部介助を要する
- 3 全面的に介助を要する

身だしなみは、どのような状態ですか？

- 1 やや時間がかかっても介助なしに自由に行える
- 2 タオルで顔を拭いてもらうなど一部介助を要する
- 3 全面的に介助を要する

意志疎通は、どのような状態ですか？

- 1 完全に通じる
- 2 ある程度通じる
- 3 ほとんど通じない

日常生活において該当する状態があればすべて○をつけてください。

- 1 外出すると一人で戻って来られなくなることがある。
- 2 買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ。
- 3 服薬管理ができないことがある。
- 4 電話の対応や訪問者との対応ができないことがある。
- 5 理解が乏しいため着替え、食事、排便、排尿が上手にできないことがある。
- 6 食べられない物を口に入れることがある。
- 7 物を拾い集めたり、無断でもってくることがある。
- 8 家中をあてもなく歩きまわることがある。
- 9 大声・奇声をあげることがある。
- 10 火の不始末や火元の管理ができないことがある。
- 11 不潔な行為を行うことがある。
- 12 性的異常行為がある。
- 13 日常生活に支障を来すような症状・行動が見られる為、常に目が離せない。
- 14 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることがある。
- 15 物をとられたなど被害的になることがある。
- 16 作話をし周囲に言いふらすことがある。
- 17 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがある。
- 18 異常に興奮し騒ぎ立てることがある。
- 19 自分や他人を傷つけることがある。

過去に肺炎球菌予防接種を受けておられますか？

- 1 受けた〔接種した時の年齢 歳〕 2 受けてない 3 わからない

次のうちお持ちの公費負担医療受給の証書等があれば○をつけてください。

- 1 結核医療の患者票 2 被爆者手帳 3 被爆体験者精神医療受給者証
4 水俣病医療手帳又は被害者手帳 5 メチル水銀に係る医療手帳
6 茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る医療手帳
7 石綿健康被害手帳 8 介護支援給付又は介護扶助の介護券

身体障害者手帳をお持ちですか？（ある場合は障害名・級をご記入ください）

- 1 ある〔障害名 障害 級〕 2 ない

次のうち利用希望者が所有している介護機器（用品）に○をつけてください。

- 1 ベッド 2 車椅子 3 歩行器 4 シルバーカー 5 杖 6 ポータブルトイレ 7 尿器
8 その他〔 〕

配偶者の有無について該当する番号に○をつけてください。

- 1 未婚 2 既婚 3 死別 4 別居 5 離婚 6 その他〔 〕

最終学歴は、どちらまでですか？

- 1 未就学 2 小学校卒 3 高等小学校卒・新制中学卒 4 旧制中学卒・新制高校卒
5 旧制高校卒・女学校卒・短大卒 6 大学卒 7 その他〔 〕

以前（現在）どのようなお仕事をされていましたか？

- 1 公務員 2 会社員 3 農業 4 漁業 5 自営業 6 専業主婦 7 無職
8 その他〔 〕

利用希望者の同居家族をご記入ください。

氏 名	利用希望者からみた続柄	勤 務 先	勤務先電話番号

同居以外で利用希望者の配偶者及び子がおられましたら、すべてご記入ください。

氏 名	利用希望者からみた続柄	住 所	電 話 番 号