

# 特別養護老人ホーム春日野園 短期入所生活介護利用申込書

令和 年 月 日

利用希望者	ふりがな					男・女	明治	年	月	日生		
	氏名						大正					
	住所	〒										
要介護度		要支援1 ・ 2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5										
介護保険負担限度額認定証		第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 該当せず										
医療機関名						主治医						
住所						電話番号						
診断名(病名)								内服薬: あり ・ なし				
								点眼薬: あり ・ なし				
既往歴 (今までに入院や手術を行ったことがあるか等)		(例)平成21年5月～脳梗塞 (○△病院入院)						塗り薬: あり ・ なし				
								その他薬: あり ・ なし				
								お薬手帳: あり ・ なし				
特別な医療		無 ・ インスリン注射 ・ 経管栄養(経鼻・胃瘻) ・ 在宅酸素 ・ 尿道留置カテーテル ストーマ ・ 褥瘡 ・ 吸引 ・ その他( )										
ADL等の状況	移動	独歩 ・ 歩行器 ・ 車椅子(自走: ) ・ ストレッチャー					特記					
	食事	主食			副食			禁忌食			特別食	
		自立 ・ 全介助 ・ 一部介助( )										
	歯磨き	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助( )					[義歯] あり( ) ・ なし					
	入浴	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助( )					特記					
	排泄	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助( )					特記					
	視覚	普通 ・ 近くなら可 ・ 全盲					[眼鏡] あり ・ なし					
	聴覚	普通 ・ 大声で可 ・ 聞こえない					[補聴器] あり ・ なし					
	意思疎通	通じる ・ ある程度 ・ 通じない					特記					
問題行動	記憶障害 ・ 失見当 ・ 攻撃的行為 火の不始末 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 不穏興奮 ・ その他( )					特記						

緊急連絡先①	氏名		続柄 ( )	電話	
	住所			携帯	
緊急連絡先②	氏名		続柄 ( )	電話	
	住所			携帯	
家族状況	氏名	年齢	続柄	同居/別居	居住市区町村
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
家族構成	=		経済状況	国民年金 ・ 老齢福祉年金 ・ 厚生年金 共済年金 ・ 船員年金 ・ 恩給 健康管理手当 ・ その他( )	
				月額又は年額	円/月・年
介護保険状況	居宅介護支援事業所等名称				
	電話番号				
	担当ケアマネジャー氏名				
	サービス利用	通所介護( 回/W) ・ 通所リハ( 回/W) ・ 訪問介護( 回/W) 短期入所( 日/月) ・ 訪問看護( 回/W) ・ 福祉用具貸与			
その他 注意事項					

必要書類	① 介護保険証(コピー)    ② 介護保険負担限度額認定証(コピー) ③ 健康保険証(コピー)    ④ 原爆手帳(お持ちの方のみ:コピーで可) ⑤ 重度障害者医療受給者証(お持ちの方のみ:コピーで可)    ⑥ その他の手帳(コピー可)
------	--

※担当ケアマネジャー様へ  
「主治医の意見書(複写)」をお持ちの方はご提供していただきますようお願いいたします。