

## 特別養護老人ホームさいわい荘（短期・通所）申込書

特別養護老人ホームさいわい荘

施設長 殿

令和 年 月 日

貴施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

		区 分	短期入所 ・ 通所介護
被保険者番号		介護度	事業対象・要支援1・要支援2 要介護1・2・3・4・5
利 用 者	ふりがな 氏名	Ⓜ (男・女)	明治・大正・昭和 年 月 日 生 ( 歳)
	〒 住所 小国町大字		電話番号 ( )
申 請 者	ふりがな 氏名	Ⓜ (男・女)	明治・大正・昭和 年 月 日 生 ( 歳)
	〒 住所 小国町大字		電話番号 ( )
	勤務先		電話番号
	利用者との続柄		

同 居 家 族	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	勤 務 先

現 況	・自 宅 ( 介護者 ) ・施設入所 ( 施設名 ) ・入院中 ( 病院名 ) ・その他 ( )
--------	---

同居以外の連絡先（子供、兄弟姉妹、親戚等）をご記入ください。

氏 名	続 柄	住 所	電 話 番 号

家庭等の事情や現在利用しているサービス、希望がありましたら具体的にご記入ください。

特 記 事 項	
------------------	--

# さいわい荘利用基本情報調査票

※ケアマネジャーの方がご記入ください。

令和 年 月 日

利用希望者	住所	小国町大字			電話番号			
	氏名			生年月日			性別	男・女
介護度	事業対象 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							
認定日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日 から		年 月 日			
負担限度額認定	有・無		食費の負担限度額：第 段階					
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者の日常生活自立度			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
身体状況	視力	普通 弱視 全盲	歩行	自立 一部介助 全介助 不能				
	聴力	普通 やや難 難聴	排泄	自立 一部介助 全介助 オムツ使用				
	言語	普通 やや不自由 不自由	入浴	自立 一部介助 全介助 清拭				
	床ずれ	有・無(部位: )		寝起	自立 一部介助 全介助			
	着替え	自立 一部介助 全介助		身障	有・無( 級: 障害名 )			
認知	記憶障害	無 軽度 中度 重度			失見当	無 軽度 中度 重度		
	問題行動	無 徘徊 独語 奇声 不穏 不眠 不潔行為 その他( )						
食事	主食	常食 おにぎり 粥食 ミキサー 経管			副食	常食 軟菜 刻み食 ミキサー		
	摂取状況	自立 一部介助 全介助		飲込	良好 むせやすい その他( )			
	摂取制限等	有・無 ( )						
	嫌いな食べ物				飲酒・喫煙			
既往歴				入院歴				
特記事項・留意点等								
緊急時の連絡先 (自宅以外)	①	電話番号:			氏名(続柄): ( )			
	②	電話番号:			氏名(続柄): ( )			
主治医 (病院名)	医師名 病院名		担当ケアマネジャー (所属・電話番号)		氏名 所属 TEL:			