

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:			