

介護老人保健施設 藤崎苑 利用申込書

| | | | | | | | | | |
|--|----------------------|------------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|------|-----|----|
| 受付日 | 年 月 日 () | 担当 | | | | | | | |
| ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日 | M・T・S 年 月 日生 歳 | | | | | | |
| 現住所 | 〒 TEL () - | | | | | | | | |
| 連絡先 | ① | 氏名 | 続柄 () | | | | | | |
| | | 住所 | 〒 TEL () - 携帯 () - | | | | | | |
| | ② | 氏名 | 続柄 () | | | | | | |
| | | 住所 | 〒 TEL () - 携帯 () - | | | | | | |
| 介護保険証番号 | | 介護度 | 申請中・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 | 認定年月日 | 年 月 日 | | | | |
| <今までの経過> <div style="text-align: right;">寝たきり度 認知度</div> | | | | | | | | | |
| 希望サービス (入所 ・ 短期入所療養介護 ・ 通所リハビリテーション) | | | | | | | | | |
| ケアマネージメント機関 | | | | | 担当 | | | | |
| 当苑でリハビリ後の希望 (在宅復帰 ・ 終身施設入所) | | | | | | | | | |
| 申込みをしている施設 () () () () | | | | | | | | | |
| 現在待機場所 | 自宅 ・ 病院 () ・ 施設 () | | | | | | | | |
| 身 体 状 況 | 視 力 | 普通 ・ 弱視 ・ 全盲 | | | | | | | |
| | 聴 力 | 普通 ・ やや難聴 ・ 難聴 | | | | | | | |
| | 言 語 | 普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由 | | | | | | | |
| | 麻 痺 | 無 ・ 有 (部位 :) | | | | | | | |
| | 拘 縮 | 無 ・ 有 (部位 :) | | | | | | | |
| | 床ずれ | 無 ・ 有 (部位 :) | | | | | | | |
| | 伝染性疾患 | 無 ・ 有 (疾患 :) | | | | | | | |
| | 嚥下障害 | 無 ・ 有 (食事内容 :) | | | | | | | |
| 認 知 症 | 認知症 | 無・有 (軽度 ・ 中度 ・ 高度 ・ 極めて高度) | | | | 意思の疎通 | 不・可 | | |
| | 徘徊 | 無・有 | 妄想 | 無・有 | 拒食 | 無・有 | 幻覚 | 無・有 | |
| | 大声 | 無・有 | 不穏 | 無・有 | 独語 | 無・有 | 暴言暴力 | 無・有 | |
| 日 常 生 活 | 項 目 | 寝返り | 立上り | 歩行 | 着脱 | 入浴 | 排泄 | 食事 | 洗面 |
| | 自 立 | | | | | | | | |
| | 一部介助 | | | | | | | | |
| | 全 介 助 | | | | | | | | |