

【利用申込(変更届出)書】

社会福祉法人岩手徳栄会

地域密着型介護老人福祉施設「三峯の杜」

施設長 殿

平成 年 月 日

(申込者) 住所 _____

(フリガナ)

氏名 _____

電話番号 _____

地域密着型介護老人福祉施設「三峯の杜」を利用したく、下記の通り申し込みます。

利用者氏名	フリガナ (氏名) 殿 男・女 (生年月日) 明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳) (住所) (電話番号)
利用希望種類	<input type="checkbox"/> 長期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所
申し込み理由 (該当するものにレ点)	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護者が障害・疾病等 <input type="checkbox"/> 住環境等の問題 (特記事項等)
要介護度 利用中サービス等	要介護度 _____ 被保険者番号 _____ 認定日 平成 年 月 日 有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 サービス【短期入所・通所介護/リハ・訪問介護・訪問看護/リハ・訪問入浴・福祉用具】
現在のかかりつけ医	医療機関名 _____ 担当医名 _____ 先生
担当事業所と 担当ケアマネジャー	(事業所名) _____ (担当ケアマネジャー名) _____ ケアマネジャー
利用に際しての情報収集または提供についての承諾	下記の項目及び裏面備考欄を確認の上、承諾いただけるものにチェック願います。 <input type="checkbox"/> サービス利用前の利用者情報を関係各機関から収集することについて <input type="checkbox"/> サービス利用中の利用者情報を関係各機関へ提供することについて <input type="checkbox"/> その他、利用者の当施設が必要とする場合の情報収集(提供)することについて
前項までの要件について確認(了承)し、かつ身元引受人(申込責任者)として対応します。利用にあたっての情報収集、または提供に対する承諾も同時に了承します。	
フリガナ (氏名)	殿 印 (本人との関係) _____
(住所)	_____
(電話番号)	() _____ 【こちら電話番号に、入所等についての連絡を致します】

【裏面へ続く】

【表面より】

〈利用者の状況〉 該当するものに○等をお付け下さい。

食事	1. 自立 2. 見守り等 (指示含) 3. 一部介助 4. 全介助			
食事形態	(主食) 普通 ・ 軟飯 ・ 粥食 ・ ミキサー ・ 経管栄養 (入れ菌) 有 ・ 無 (副食) 普通 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ミキサー (トロミ) 有 ・ 無 (医師からの制限やアレルギー等) 有 ・ 無 (種類)			
排泄	1. 自立 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助			
	方法 使用用具	1. トイレ 2. ポータブルトイレ (昼・夜) 3. オムツ (昼・夜) 4. カテーテル等 <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> シート類 <input type="checkbox"/> 尿器		
入浴	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助			
	方法	1. 一般浴 2. 中間・リフト浴 (座位可) 3. 機械浴 (座位不可) 4. 入浴不可		
着脱/整容	1. 自立 2. 見守り等 (指示含) 3. 一部介助 4. 全介助			
移動・移乗	1. 自立 2. 見守り等 (指示含) 3. 一部介助 4. 全介助 5. 不可			
	方法	1. 独歩 2. 杖 3. 歩行器 4. シルバーカー 5. 車椅子 6. リクライニング式車椅子		
意思疎通	1. 可能 2. 時々可能 3. 出来ない	障害の部位	1. 視力 2. 聴力 3. 言語 ()	
認知症状	1. なし 2. 時々あり (昼 ・ 夜) 3. あり (昼 ・ 夜) (主な症状 ;)			
現病歴・既往歴	①	()	頃) ④	() 頃)
	②	()	頃) ⑤	() 頃)
	③	()	頃) ⑥	() 頃)
	主な医療行為 ;			

〈家族構成と介護状況〉

家族構成図			家族の介護の状況・問題点	
			1.1 人暮らし世帯 2. 高齢者世帯 3. 介護者に疾病等 4. 複数介護世帯	
続柄	氏名	年齢	職業・学校	特記事項 (電話番号等)

経済状況 1. 国民年金 2. 厚生・共済・船員年金等 *現在は 1. 入院中 (病院名)
金額 万円/月 2. 自宅
ご家族の援助 ; 有 ・ 無 3. 他施設 (施設名)

補足<情報提供 (収集) の相手先として考えられるもの>

居宅介護支援事業所、医療機関、介護保険施設 (居宅サービス事業所または入所申込みを行った施設等)、利用者とそのご家族、保険者 (利用者の住所のある各市町村関係機関)

<サービス利用中の施設活動で、情報提供 (収集) に準ずると考えられるもの>

介護保険サービスの質の向上の為の学会、研究会での事例研究発表等、施設で作成している広報誌への写真、文章での掲載 (外部からの要請含む)、その他施設が必要と認める場合 (この場合はご家族へ確認を取らせて頂きます)

【入所申込取り下げ】 平成 年 月 日 理由; 担当印