介護老人保健施設　しんわ走水荘

# 利用申込書（　入所・短期　）

令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 入所希望者 | ふりがな | | | | 性別 |
| | 氏　名 | | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日 | | 年齢 | 歳 |
| | 住　所 | 〒 | | | 自宅電話番号 |
| 申込者 | ふりがな | | 年齢 | | 続柄 |
| | 氏　名 | | 歳 | | |
| | 住　所 | 〒 | | | 自宅電話番号<br>携帯電話番号 |
| 身元引受人① | ふりがな | | 年齢 | | 続柄 |
| | 氏　名 | | 歳 | | |
| | 住　所 | 〒 | | | 自宅電話番号<br>携帯電話番号 |
| 身元引受人② | ふりがな | | 年齢 | | 続柄 |
| | 氏　名 | | 歳 | | |
| | 住　所 | 〒 | | | 自宅電話番号<br>携帯電話番号 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | 保険者 | 横須賀・逗子・三浦・葉山<br>その他（　　） |
| 要介護度区分 | 要介護　1・2・3・4・5 | 申請中の場合<br>申請日　平成・令和　年　月　日 | |
| 介護保険有効期間 | 平成・令和　年　月　日　～　平成・令和　年　月　日 | | |
| 現在の状況 | □ 特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　□グループホーム<br>□ 介護医療型施設　□有料老人ホーム　□病院<br>□その他（　　）<br>□ 独居　□同居　【同居者　　】<br>※　施設名又は病院名<br>※　入所又は入院期間　平成・令和　年　月　日～　年　月　日 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 居宅サービス<br>利用状況 | ☐ 訪問介護　【週　回】　☐ 訪問入浴　【週　回】<br>☐ 訪問看護　【週　回】　☐ デイケア　【週　回】<br>☐ デイサービス【週　回】　☐ ショートステイ【月　回程度】 | | | |
| 担当ケア<br>マネジャー | 担当者名 | | 電　話 | |
| | 事業所名 | | | |
| 入所希望状況 | ☐ 本人・家族共に希望　☐ 本人又は家族のどちらかが希望<br>☐ 認知症により意思確認不能　☐ その他（　） | | | |
| 入所希望理由<br>（複数回答可） | ☐ 介護者が要介護認定を受けている【 要支援１・２　要介護１・２・３・４・５ 】<br>☐ 介護者が高齢で介護困難　☐ 複数の人を介護している<br>☐ 家族が長期入院中　☐ 住居が構造上、介護に支障をきたす<br>☐ 家族が介護困難　☐ その他（　） | | | |
| | その他、介護状況を詳しくご記入下さい。（身体状況・家族状況など） | | | |
| 他の施設への<br>申込状況 | ☐ 無<br>☐ 他施設へも申し込みをしている | 他の申込み先　施設名をご記入して下さい | | |
| 主治医 | 医院・病院（　科）　先生 | | | |
| | 医院・病院（　科）　先生 | | | |
| | 医院・病院（　科）　先生 | | | |
| 既往歴<br>病　名 | わかる範囲でご記入下さい | | | |
| 医　療 | ☐ 膀胱留置カテーテル　☐ 経管栄養　☐ 酸素療法　☐気管切開<br>☐ インシュリン注射　☐その他（　） | | | |
| 感染症 | ☐ 無　☐ 有（ ＭＲＳＡ・Ｂ型肝炎・Ｃ型肝炎・梅毒・その他　） | | | |
| 服薬状況 | 現在、服用中の薬をご記入下さい | | | |
| 部屋の希望 | ☐ ４人部屋　☐ ２人部屋　☐ 個　室 | | | |