

介護老人保健施設 ゴーエン美浦
利用申込書 (一般入所・短期・通所)

氏名	ふりがな	生年月日	M・T・S 年 月 日				
		性 別	男・女 (歳)				
	住 所	(〒 -) ()					
健康保険種類		後期・国保・社保・共済・その他		身障手帳		有・無 級	
要介護度		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
現在の状況			利用希望理由 (困っていること等)				
1. 入院中 (病院名) 2. 施設入所中 () 3. 在宅 (かかりつけ医)							
身元引受人			年 齢	才	男 女	利用者との続柄	
住所	(〒 -) ()						
職業		勤務先		()			
緊急時連絡者			年 齢	才	男 女	利用者との続柄	
住所	() ()						
家族状況 (主な介護者に○印)							
氏 名	年 齢	続 柄	職 業	氏 名	年 齢	続 柄	職 業

生 活 状 況	住居	持家・借家・アパート・マンション	自宅間取り図
	本人の居室	1 階・2 階・ () 階 和室・洋室 ベッド・布団・介護用ベッド	
	トイレ	洋式・和式・ポータブルトイレ	
	お風呂	洋式・埋め込み式・置き型 シャワー (有・無) 手すり (有・無)	
日常生活動作記録			
身長 c m 体重 k g			
①食 事	a. 形 態：ご飯・お粥 b. 状 態：自立 (箸・スプーン) ・介助 c. 食 欲：旺盛・普通・あまりない・まったくない		
②排 泄	自立・トイレまで誘導・ポータブルトイレ使用 (自分・介助) ・おむつ a. おむつの使用：布・紙・尿取りパット・はくパンツ b. 使用状態：夜のみ・1 日中 尿 意：あり・なし 便 意：あり・なし 便 通：普通・便秘しがち・下痢しやすい 便秘時の対応： ③移 動 自力歩行・杖歩行・つたえ歩き・歩行器・シルバーカー・ハイハイ 車椅子 (自分で可・要介助) ④入 浴 自立入浴・介助浴・機械浴 ⑤睡 眠 普通・不眠・昼夜逆転 睡眠時間： 時 分頃～ 時 分頃 睡眠剤の使用： 有・無 ⑥認知症 有・無 金銭管理：可・不可 服薬管理：可・不可		
入所中に改善・向上を望まれること ・ 歩行能力 ・ 食事動作 ・ 着衣動作 ・ トイレ動作 ・ 寝返り ・ 起き上がり ・ 車椅子への乗り移り ・ 車椅子の操作 ・ 全身的体力 ・ 手の機能 ・ 趣味活動 ・ その他具体的に			
介護老人保健施設 ゴーエン美浦 施設長殿 上記のとおり施設利用を申し込みます。 年 月 日 申込者 住所 氏名 利用者との続柄 ()			