

利 用 申 込 書

この申込書は「介護老人保健施設市川あさひ荘」が行うサービスの総合申込書です。

申込みを受け付けて、それぞれのサービスの利用までの流れに従い手続きを進めていきます。

申込日	令和	年	月	日	受付	令和	年	月	日	担当	印
-----	----	---	---	---	----	----	---	---	---	----	---

利用者	フリガナ		男 女	明 大 昭 ・ ・ (歳)
	氏 名	様		
	住 所	〒	—	電話等
申込者	フリガナ		男 女	明 大 昭 ・ ・ (歳)
	氏 名	様 続柄 ()		
	住 所	〒	—	Tel Fax 携帯 など
希望 サービス	☐ 介護老人保健施設入所（市川あさひ荘入所） ☐ 短期入所療養介護（ショートステイ） ☐ 通所リハビリテーション（デイケア）			
希望の 理由	利用の理由（ ☐ 本人の状態に問題ある ☐ 家庭での介護が困難 ☐ その他）			
	※詳しくお書きください			
希望 部屋	入所の場合⇒ ☐ すぐ入所したい ☐ 平成 年 月頃までに入所したい			
介護 保険	4 人部屋 個室			
	有⇒（支 1・2 要介護 1 2 3 4 5）・無・申請中・他（ ）			
手帳 など	保険者番号		被保険者番号	
	身体障害者手帳 有 無 原爆手帳 有 無 他 有 無			
現在の 状況	・ 場所 入院 入所中 自宅にて療養中 ・ サービス 通所介護 短期入所生活介護 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 往診 その他 ・ 他施設等への申し込み（ 有・無 ）※下記に名称を記入してください。 ・ 居宅介護支援事業所⇒ 事業所名 担当 様			
※介護保険証 健康保険証（後期高齢者含）のコピーを添付してください。				

■ 状 況 調 査

ご記入年月日 令和 年 月 日 ご利用後変更があった場合は再提出をしていただきます。

利用者	フリガナ		男	明 大 昭
	氏 名		女	・ ・ (歳)

■ ご家族状況 介護に当たっている方にチェックを入れてください

家族構成・ (同居と本人の子)	居・別居	↓	氏 名	続柄	年齢	居場所・職業・健康状態
	同居・別居	☐				
	同居・別居	☐				
	同居・別居	☐				
	同居・別居	☐				
	同居・別居	☐				
	同居・別居	☐				
	同居・別居	☐				
	同居・別居	☐				

■ 連絡先 ※続き柄は利用者からみてお書きください。

フリガナ 氏名 連絡先① (申込者)			男 女	明 大 昭 ・ ・ ()			
	様						
	続柄		職業	自営	公務員	会社員	無職
勤務先	名称						
	〒		—				
					Tel ()		
フリガナ 氏名 連絡先②			男 女	明 大 昭 ・ ・ ()			
	様						
	続柄		職業	自営	公務員	会社員	無職
フリガナ 氏名 連絡先③			男 女	明 大 昭 ・ ・ ()			
	様						
	続柄		職業	自営	公務員	会社員	無職
利用料金 請求先	・ 本人の住所へ本人の名前 ・ 他⇒氏名 住所						
	備考						
※保証人と通常の連絡先が違う場合などに記入							

■ 身体状況

食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養		
	☐ 治療食 ()		
	主食	☐ 常食 ☐ 粥食 ☐ ミキサー ☐ その他 ()	
	副食	☐ 常食 ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ その他 ()	
	嚥下	☐ 正常 ☐ 時々むせる ☐ よくむせる	
	義歯	☐ 自歯 ☐ 使用中 (上・下) ☐ 除去中 (上・下)	
排泄	☐ 自立 ☐ 誘導 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助		
	尿意	☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない	
	便意	☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない	
	方法	☐ トイレ ☐ 紙おむつ ☐ パット ☐ 尿器	
入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助		
更衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助		
歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助		
	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 装具 ☐ 車椅子 (○自走 ○介助)		
睡眠	☐ 支障あり ☐ 支障なし		
視力	☐ 支障あり ☐ 支障なし		
聴力	☐ 支障あり ☐ 支障なし		
言語	☐ 支障あり ☐ 支障なし		
喫煙	☐ なし ☐ 有り 1日 位		
飲酒	☐ なし ☐ 有り 1日 位		

■ 認知症の状況

- 下記の中から該当すると思いつく行為をチェックしてください。
- ☐自分を自ら傷つけて怪我をしたり、他人に対して暴力を振るう行為。
- ☐幻聴や幻視の症状がある。(せん妄)
- ☐どこともなく無くあるきまわり、迷子になったり、帰って来れなくなる状態。(徘徊行為)
- ☐便をいじったり、口にしたりといった不潔な行為。(不潔行為)
- ☐食べられない石や石鹸などを食べてしまう行為。(異食行為)
- 上記以外にも認知症の行動がある場合は下記に詳細をお書きください。

■ 医療の状況

かかりつけの病院

病院	・	科	先生
受診状況	月	回	薬の有無
病院	・	科	先生
受診状況	月	回	薬の有無
病院	・	科	先生
受診状況	月	回	薬の有無

過去5年間位に入院をしたことがありますか

・	年	月頃	病院に病名
・	年	月頃	病院に病名
・	年	月頃	病院に病名
・	年	月頃	病院に病名
・	年	月頃	病院に病名