

介護老人保健施設 津山ナーシングホーム 利用希望調査票

希望サービス	<input type="checkbox"/> 入 所 ( <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 虚弱 ) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 ( <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 虚弱 ) <input type="checkbox"/> 〈介護予防〉通所リハビリテーション (希望日: 月・火・水・木・金)				
希望療養室	<input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> どちらでも良い     ※虚弱棟入所希望者のみ				
フリガナ		男 女	生年月日	大・昭 年 月 日生 ( 歳)	
利用者名					
住 所	〒 _____				
介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	有効期間	H・R 年 月 日から		
		被保険者番号	H・R 年 月 日まで		
負担割合	1 割 ・ 2 割				
担当居宅介護支援事業所	事業所名 :		担当 :	Tel _____	
利用の目的					
退所後の生活場所 (希 望)	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 他施設     申請済み → 申請年月日     H・R 年 月 日 施設名 _____				
※入所希望のみ記入	<input type="checkbox"/> わからない				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自 宅 (独居・老夫婦世帯・同居家族あり・その他 _____ ) <input type="checkbox"/> 入院中     医療機関名 :     H・R 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 入所中     介護施設名 :     H・R 年 月 日～				
家族構成	氏 名	続柄	年齢	勤務先	連絡先
病気の状況	現病	病 名	発症年月	かかりつけ医療機関	
	既往				
身元引受人	氏名 : _____ 続柄 : _____ 住所 : _____ 連絡先 ( _____ ) _____ 〈代筆者〉				

※「介護保険被保険者証」と「お薬手帳」のコピーを添付してください。

現在利用中の 介護保険 サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 [事業所 ] 頻度 ( 回/ )
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 [事業所 ] 頻度 ( 回/ )
	<input type="checkbox"/> 通所系サービス [事業所 ] 頻度 ( 回/ )
	<input type="checkbox"/> 短期入所サービス [事業所 ] 頻度 ( 回/ )
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入 [品目 ]
	<input type="checkbox"/> その他 [ ]
身体の状況	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助具 ( )
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助具 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> アレルギー ( )
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 おむつ等の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 常時
	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> ぼんやり <input type="checkbox"/> 見えない
	聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声は聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない
	認知症 による 症状等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 目的なく動きまわる <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 妄想・幻覚 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	その他
住宅の状況 ※入所希望のみ記入	<input type="checkbox"/> 問題ない (改修済) <input type="checkbox"/> 問題あり → <input type="checkbox"/> 段差 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他 ( )
生活歴  職歴 趣味 等	
利用の了解	本人 = 了解・拒否的・不明 家族 = 全員了解・一部不賛成・不明
本人の経済状況	[ ] 年金 [ ] 年金
【備考欄】 ※施設への要望等をご記入ください。	

その他

◎法人内の事業所への情報提供についての意向確認 (待機者の調整や円滑な入所を図るため)

同意する  同意しない