

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	〒 _____ Tel( ) - _____				
介護度	要支援 1・2	有効期間	平成 年 月 日から		
	要介護 1・2・3・4・5		平成 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 平成 年 月 日 ※入所希望のみ記入 施設名 _____ <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: 平成 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 入所中 介護施設名: 平成 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] 頻度 ( 回/ )	
<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
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	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	<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 ※入所希望のみ記入 <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) <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない		