

介護老人保健施設 孝穂館 利用申込書

令和 年 月 日

介護老人保健施設 孝穂館
施設 長 殿

利用申込者 印

介護老人保健施設 孝穂館 を利用したいので、関係書類を添付して申し込みます。

フリガナ			生 年 月 日	
利用者氏名			明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	
現 住 所	郵便番号	—	電話番号	— —
希望サービス	短 期 入 所	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
		個室利用の希望	希望する・希望しない・どちらでもよい	
	入 所	令和 年 月 日 ~ ヶ月		
		個室利用の希望	希望する・希望しない・どちらでもよい	
	通所リハビリテーション	週 回 曜日希望		
被保険者番号			保険者名	
要介護認定	☐ 要支援 (通所リハビリ 短期入所の方) ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5			
	認定の有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
担当の介護 支援専門員	事 業 所 名		担 当 者 名	
	TEL			
サービス 利用状況	利 用 事 業 所 ・ 利 用 頻 度 ・ 利 用 内 容 等			
	☐ 訪問介護	事業所名	訪問時間	
	☐ 訪問看護	事業所名	訪問時間	
	☐ 訪問入浴	事業所名	利用曜日	
	☐ 訪問リハ	事業所名	利用曜日	
	☐ 通所介護	事業所名	利用曜日	
	☐ 通所リハ	事業所名	利用曜日	
	☐ 短期入所生活介護	事業所名	利用期間	
	☐ 短期入所療養介護	事業所名	利用期間	
	☐ 福祉用具貸与	事業所名	利用内容	
現況及び 医療の状況	☐ 施設入所中	施設名		
	☐ 入院中	病院名		
	☐ 点滴 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストーマ ☐ 酸素療法			
	☐ インシュリン ☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ その他 ()			
	[現在治療中の病名]		[主な病歴]	

家族等の状況	家族図	連絡順	氏名	続柄	年令	電話番号
		1				
		2				
		3				

日常生活・身体状況についてあてはまるものを○で囲って必要事項を記入してください。

食事・調理	主食	ご飯 お粥 糊状 重湯 麺類 パン おにぎり	経管栄養食（以下に記入）	
	副食	普通 刻む 細かく刻む ミキサーで粉碎する	種類	カロリー／日
	偏食	なし あり（ ）	朝食	カロリー／日＋湯 CC
	量	多い 普通 少ない その（ ）	昼食	カロリー／日＋湯 CC
	間食	なし あり（物 時間）	夜食	カロリー／日＋湯 CC
	治療食	腎臓食・膵臓食・糖尿食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓食・高脂血症食・痛風食・検査食		
摂取状態	自分で食べる（箸・スプーン） 介助する（ ）			
	自歯 部分入れ歯（上・下） 総入れ歯 顎のみ			
	飲み込み動作 （心配なくできる ・ 見守りが必要）			
排泄方法	昼 トイレ ポータブルトイレ 尿器 安心パンツ オムツ	尿意	ある ・ ない ・ どちらか不明	
	夜 トイレ ポータブルトイレ 尿器 安心パンツ オムツ	便意	ある ・ ない ・ どちらか不明	
排泄状況	排便の状態（ 回／ 日）	下剤浣腸	ない ・ ある（ ）	
	自分でできる ・ 見守り ・ 介助する	寝返り	できる・つかまればできる・できない	
麻痺	ない・ある（ ）	拘縮	ない ・ ある（ ）	
座位	できる ・ 背もたれ必要 ・ できない	立ち上り	できる・つかまればできる・できない	
移動方法	歩行・杖・歩行器・車椅子・這う・ストレッチャー	視力	普通・弱視（右・左）・盲目（右・左）	
	自分でできる・見守り声がけ・半介助・全介助	聴力	普通・聞こえない（右・左）	
会話	できる ・ できない	意思伝達	できる ・ 時々できる ・ できない	
着替え	できる・時間をかければできる・介助が必要	整容	できる・時間をかければできる・介助が必要	

精神状況についてあてはまるものに○、頻繁な場合は◎をしてください。

夜眠れない	意志の疎通が図れない	便などをこねてしまう	大声を出したり、奇声を上げる
同じ事を言う	意思の伝達が一方通行	トイレ以外で放尿する	実在しない物が見えたり声が聞こえる
作り話をする	時間と場面の勘違い	ベットから落下する	事実でないことを事実と思い込む
物忘れが多い	興奮しやすい	よく転倒することがある	歩き（這い）回る・外へ出たがる
年齢を忘れる	怒鳴る 暴力をふるう	食品以外の物を食べる	人から世話をされることを嫌う
満腹感がない	物を壊す	自分の身体を傷つける	わざと介護者を困らせる
状況の認知困難	うつ状態である	雑多に物を集めてしまう	不安が強く、人を呼ぶことが多い

現在困っていること、施設に希望する事を記入してください。

(施設利用中に受けたサービスや訓練等)

添付書類 ※ 診断書（3ヶ月以内のものであればコピーでも結構です）

私は、孝徳館利用申込書・診断書に記された情報を孝徳館入所判定会議において使用することについてまた、必要に応じて要介護認定の結果・認定調査内容・主治医の意見書・担当介護支援専門員からの情報提供書を当施設と市町村・居宅介護支援事業所とのあいだで情報交換することに同意します。

年 月 日 氏名