

介護老人保健施設ユーアイ 利用申込書 (1)

年 月 日

本人氏名:	(男・女)	生年月日:	年	月	日	(歳)
-------	-------	-------	---	---	---	-----

本人住所:	電話:
-------	-----

希望内容	1 入所 → (時期: なるべく早く・____年 ____月から) (期間: 未定・____ヶ月くらい) 2 短期入所
------	--

個室利用	1 個室を希望する 2 個室が空いていなければ4人部屋でもよい	3 4人部屋が空いていなければ個室でもよい 4 個室は希望しない
------	------------------------------------	-------------------------------------

利用目的	1 病院からの家庭復帰 2 日常生活動作の改善 3 意欲低下の改善	4 在宅介護者の用事・休養 5 その他:
------	---	-------------------------

退所先予定	1 自宅 2 施設	3 未定
-------	--------------	------

他施設申込	施設名	申込年月	施設名	申込年月

要介護認定	1 認定済: 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 2 申請中 3 申請未
-------	---

負担限度額	1 申請済 → 食費の負担限度額: 300円・390円・650円・1360円・無し 2 申請中 3 申請未
-------	---

公的制度 * 該当するものに○	1 生活保護受給 2 障害者手帳取得 3 公害医療手帳取得 4 被爆者健康手帳取得
--------------------	--

家族状況	氏名	続柄	住居	氏名	続柄	住居
			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			同居・別居
			同居・別居			同居・別居

緊急時連絡	氏名	続柄	電話
	フリガナ		① ②
	フリガナ		① ②

申込者氏名: _____ 続柄: _____ 電話: _____

* ユーアイからは、上記、申込者の電話番号に連絡致します。

介護老人保健施設ユーアイ 利用申込書（２） ２ページ中１ページ目

入所面接・入所後の介護に活かしたいと考えております。
ご本人・ご家族様が気をつけていらっしゃる事など、なるべく詳しくお聞かせ下さい。

フリガナ		
氏名	様	

◎生活状況

現在の状況	1 自宅で生活している。 2 入院中 3 施設入所中 4 その他： <div style="margin-left: 20px;"> } 病院・施設名： } 入院・入所日： 年 月 日 </div>	* 在宅サービス利用状況など
治療	1 内服などはしていない。 2 内服など治療を受けている(以下、当てはまるものに○)。 ・内服・点眼・軟膏・座薬・貼付薬 その他： ・通院(入院中の方も入院前の状況をご記入下さい) _____ 病院・診療所 科 _____ 病院・診療所 科 _____ 病院・診療所 科	* 薬の管理方法など

◎心身状況・日常生活

身体状況	麻痺等	1 体は自由に動く。 2 麻痺や痛みがある(以下、当てはまるものに○)。 麻痺・筋力低下・痛み・しびれ	* 詳細(「右腕麻痺で三角巾使用」など)
	活動性	1 昼間はベッドから離れて生活できる。 2 昼間に時々ベッドで休む必要がある。 3 食事時間など、短時間ならベッドから離れることができる。 4 ほとんど、又は全くベッドから離れられない。	
コミュニケーション	視力	1 日常生活に支障がない。 2 見えにくい。 3 ほとんど、又は全く見えない。	* 詳細(「眼鏡使用」「読唇」など)
	聴力	1 日常生活に支障がない。 2 聞こえにくい。 3 ほとんど、又は全く聞こえない。	
	会話	1 日常生活に支障がない。 2 言葉が出にくいなど、不自由がある。 3 ほとんど、又は全く話をしない。	
食事	内容	1 普通の食事を食べられる。 2 柔らかく煮る、小さめに切るなど配慮を必要としている。 3 飲み込みや咀嚼が難しいため特別な配慮を必要としている。 4 口から物を食べることは難しい。	* 詳細(アレルギー、「スプーン使用」など)
	動作	1 一人で食べられる。 2 声掛けや配膳の工夫をすれば一人で食べられる。 3 スプーンに入れるなど、部分的な介助を必要としている。 4 全面的な介助を必要としている。	

介護老人保健施設ユーアイ 利用申込書 (2) 2ページ中2ページ目

移動	<ol style="list-style-type: none"> 1 一人で歩ける。 2 杖、歩行器などを使えば歩ける。 3 車椅子を自分でこいで移動できる。 4 全面的な介助を必要としている。 	* 詳細 (杖使用、「朝はふらつく」など)				
排泄	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;">動作</td> <td style="width: 50%;"> <ol style="list-style-type: none"> 1 一人で排泄できる。 2 声掛けやズボンの上げ下げ等、一部介助を必要としている。 3 全面的な介助を必要としている。 </td> <td rowspan="2" style="width: 45%; vertical-align: top;">* 詳細 (オムツ類、便秘時の対応など)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">方法</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1 昼夜ともトイレで排泄している。 2 オムツやポータブルトイレを使うことがある。 3 常にオムツやバルーンカテーテルを使用している。 </td> </tr> </table>	動作	<ol style="list-style-type: none"> 1 一人で排泄できる。 2 声掛けやズボンの上げ下げ等、一部介助を必要としている。 3 全面的な介助を必要としている。 	* 詳細 (オムツ類、便秘時の対応など)	方法	<ol style="list-style-type: none"> 1 昼夜ともトイレで排泄している。 2 オムツやポータブルトイレを使うことがある。 3 常にオムツやバルーンカテーテルを使用している。
動作	<ol style="list-style-type: none"> 1 一人で排泄できる。 2 声掛けやズボンの上げ下げ等、一部介助を必要としている。 3 全面的な介助を必要としている。 	* 詳細 (オムツ類、便秘時の対応など)				
方法	<ol style="list-style-type: none"> 1 昼夜ともトイレで排泄している。 2 オムツやポータブルトイレを使うことがある。 3 常にオムツやバルーンカテーテルを使用している。 					
認知症	<ol style="list-style-type: none"> 1 認知症症状はない。 2 物忘れなどはあるが、生活に支障が出るほどではない。 3 認知症症状があり、配慮を必要としている。 	* 詳細 (具体的な内容、対応など)				

◎日課、生活習慣

例)「朝は5時前に起き、夜は11時頃寝る」「毎朝2時間かけて新聞を読む習慣がある」等

◎職歴、趣味、嗜好

例)「40年間、教師をしていた」「音楽が好き」「人の世話になりたくないという気持ちが強い」等

◎希望、意向、疑問等

例)「歩けるようになりたい」「自宅を改修してほしい」「施設で楽しく過ごしてほしい」「たくさんの友達がほしい」等

記入年月日:	年	月	日	記入者氏名:	続柄()
--------	---	---	---	--------	-------