

利用申込書（本人記載分）

記入日 年 月 日

介護老人保健施設 リハ・神戸

フリガナ

利用者氏名 男・女 明・大・昭 年 月 日 歳

〒□□□□ー□□□□□

住所

TEL () ー

1. 入所 (入所希望日 年 月 初旬・中旬・下旬)
*短期集中リハビリテーション(対象の場合) 希望する 希望しない
*認知症短期集中リハビリテーション(対象の場合) 希望する 希望しない
2. 短期入所 (希望期間 月 日～ 月 日) (日間)
*入所・短期入所の希望部屋 (4人部屋・個室)
3. 通所リハビリテーション (希望曜日 月・火・水・木・金) / 送迎希望 (有・無)

利用者と同居されている方、もしくは、主に介護されている方についてご記入下さい。

氏 名 性別 年齢 続柄 住 所

フリガナ

〒
TEL () ー

要介護度 要支援・要介護 (1・2・3・4・5・申請中・見直し中)

介護認定の有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

紹介居宅介護支援事業所名 TEL () ー

介護支援専門員名 (ケアマネージャー名)

現在の状況

1. 入院中 (病医院 平成 年 月 日より入院中)
2. 施設入所中 (施設名 平成 年 月 日より入所中)
3. 自宅

かかりつけ医 無・有 (病医院名 病院・医院 科 医師)

退所後の予定

1. 自宅へ帰る
2. 施設入所希望
3. 未定

現在、利用中のサービスに○印をつけてください。

- () ホームヘルプサービス 週__回利用中
() デイケア・デイサービス 週__回利用中
() 短期入所 (ショートステイ)
() その他 ()

病歴 (今までに大きな病気、手術等がありましたらご記入下さい。また、現在かかっている病気も併せてご記入下さい。)

家族状況

氏 名 性別 年齢 続柄 住まい 連絡先(Tel)

同・別

同・別

同・別

同・別

日常生活動作（当てはまるものに○印をつけてください。）	
食事（一般食・糖尿食・きざみ食・その他（ 箸・スプーン）にて（自立・一部介助・全介助）	経管栄養 内容（ ）
排泄 トイレ・（ポータブル・尿器）にて（自立・一部介助・全介助）	おむつ使用中 （24時間・夜間）
移動（つえ・歩行器・車いす）にて（自立・一部介助・全介助）	つたい歩き m位
活動性 寝たきり・寝返り可能・座位可能・起立可能	ナースコール （押せる・押せない）
着替え（自立・一部介助・全介助）	
入浴（自立・一部介助・全介助）	
身体等の状況（身長・体重はご記入を、それ以降の項目は当てはまるものに○をつけてください。）	
身長 _____ cm	体重 _____ kg（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在）
麻痺 無・有（左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他（ ））	
感染症 無・有（B型肝炎・C型肝炎・疥癬・MRSA・その他（ ））	
医療装具 無・有（留置カテーテル・経管栄養チューブ・その他（ ））	
医療処置	
人工肛門 無・有	
インシュリン注射 無・有（1日 _____ 回／朝・昼・夕）	
褥瘡（床ずれ） 無・有（部位 _____ ・大きさ _____ cm× _____ cm）	
歯の状態 自分の歯 _____ 一部義歯（ ） 総義歯 _____	
歯科医 通院していない _____ 通院中（歯科医名 _____）	
コミュニケーション（意志伝達）（当てはまるものに○をつけてください。）	
1. 自分で話し、伝える事ができる。 2. 理解できるが、伝えることができない。 日頃の対処方法 （書字・手話（手まね）・その他（ ）） 3. 理解できず、伝える事もできない。	
当施設利用希望の目的を具体的にご記入下さい。	
記入者氏名	

自宅近隣図（目印になるようなものをお書き下さい）