

わたつみ苑利用申込書

介護老人保健施設わたつみ苑 施設長 殿

申込者氏名 _____ (続柄 _____)

私(次の者)は、わたつみ苑を利用したいので、申し込みます。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

希望サービス	入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ		
フリガナ		男	明治
利用者氏名		女	大正
			昭和
			年 (月 日) (歳)
フリガナ			
住所	(〒 _____) 都・道 府・県 電話番号 : 自宅(_____ - _____)		
入所後の 緊急時 連絡先①	フリガナ		
	氏名 (続柄 _____)		
	フリガナ 住所(〒 _____) 都・道 府・県 電話番号 : 自宅(_____ - _____) 携帯(_____ - _____)		
入所後の 緊急時 連絡先②	フリガナ		
	氏名 (続柄 _____)		
	フリガナ 住所(〒 _____) 都・道 府・県 電話番号 : 自宅(_____ - _____) 携帯(_____ - _____)		
要介護認定	申請中 / 要支援(1 ・ 2) / 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
【現在の居所】		【居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)】	
【在宅でのかかりつけ医療機関】		【利用を希望する理由】 ※入所・短期入所の方のみ	
【わたつみ苑を退所した後の方針】 1. 家庭復帰の予定 ※入所の方のみ 2. 他施設に入所予定 (1) 申し込み済み < 申込先施設名 > (_____) (_____) (_____) (2) 未申請 3. その他(_____)		1. 家庭復帰するためのリハビリを希望 2. 在宅介護が困難なため、施設での介護を希望 3. 介護者の一時的な都合のため 4. その他(_____)	
		【利用を希望する理由】 ※通所リハビリの方のみ	
		1. リハビリを希望 2. 入浴を希望 3. その他(_____)	

※ 必要添付書類 ①健康診断書 ③介護保険証 ③介護保険負担割合証

わたつみ苑入所(通所) 希望調査票

以下の内容は、リハビリや介護・看護を行う上で、参考にさせていただいております。
ご記入をお願いいたします。

(1) 家族状況 ※介護の中心となっておられる方は備考欄に○をしてください。

氏名(フリガナ)	続柄	年齢	職業	同居・別居	備考

(2) 過去の職業及び趣味、性格などについてご記入ください。

過去の職業			
趣味			
好きな食べ物		嫌いな食べ物	
アレルギーの有無	なし・あり ()		
性格	温順・頑固・快活・内気・おおらか・神経質・凝り性・飽き性・気長い・短気		

(3) 介護やリハビリに対する希望をご記入ください。
(具体的に、何ができるようになってほしいかをご記入ください。)

本人	
家族	

(4) 今日までに発症した病気・受けた治療や手術などをご記入ください。

発症日	病名	治療状況等	医療機関

健康診断書 (わたつみ苑利用申込書)

氏名		男 女	M・T・S 年 月 日生 (歳)	
病名	身長	cm		
	体重	Kg		
現病歴				
検査所見	HBs抗原	- ・ + ・ 不明	HCV抗体	- ・ + ・ 不明
	MRSA	- ・ + ・ 不明	血压	/ mmHg
	アレルギー	無 ・ 有 () ・ 不明		
	検査所見 (年 月 日) <small>その他異常所見を記入して下さい</small>	胸部レントゲン (年 月 日)		
	WBC (/ μ l)			
RBC ($\times 10^4$ / μ l)				
Hb (mg/dl)				
T.P (g/dl)				
Alb (g/dl)				
※1か月以内の値を記入して下さい				
処方内容		集団生活上の留意点		
視覚障害	無 ・ 有 ()	聴力障害	無 ・ 有 ()	
言語障害	無 ・ 有 ()	褥瘡	無 ・ 有 ()	
嚥下障害	無 ・ 有 ()	膀胱カテーテル	無 ・ 有 ()	
		経管栄養	無 ・ 有 ()	
		酸素吸入	無 ・ 有 ()	
認知症	無 ・ 有 (軽度 ・ 中等度 ・ 高度 ・ 非常に高度)			
肢体運動 障害の程度	移動 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)	着替 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)		
	食事 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)	排泄 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)		
	入浴 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)	麻痺 有 ・ 無 (右 ・ 左)		
令和 年 月 日	医療機関住所 医療機関名			
		科 医師名	印	