

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 ・ 訪問リハビリ			
フリガナ		男	明治	年 月 日
利用者氏名		女	大正	(歳)
			昭和	
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(入所のみ) ②介護保険証 ③介護保険負担割合証

わたつみ苑入所(通所・訪問) 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		

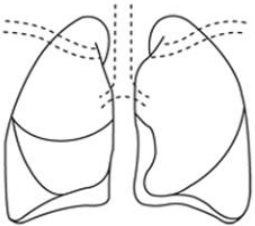
(3) 介護やリハビリに対する希望をご記入ください。
(具体的に、何ができるようになってほしいかをご記入ください。)

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	c m		
	体重	K g		
現病歴				
検査所見	HBs抗原	－・＋・不明	HCV抗体	－・＋・不明
	MRSA	－・＋・不明	血圧	/ 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 (/ $\mu\ell$)			
RBC ($\times 10^4/\mu\ell$)				
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		※1年以内の情報を記入して下さい		
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	<small>水分摂取で誤嚥があればVFテストが必要です。</small> VFテスト所見 ()	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	

※入所の場合は、複数の薬剤投与により期待される効果と副作用の可能性、病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、処方内容の変更を検討させていただくことがございます。

合意します