

介護老人保健施設 ころろ 利用申し込み書・変更届出書

長期入所 短期入所

平成 年 月 日

利用者名	ふりがな	男・女	明・大・昭
			年 月 日 歳
住所	〒 TEL		
連絡先	氏名	連絡先	自宅電話
	住所		携帯電話
利用目的	1 リハビリ 2 介護者休養 3 独居 高齢世帯 4 在宅介護困難 (理由)	希望期間 (~) 短期入所の場合 送迎希望 有 無 迎え 送り 往復	
現在の状況	* 自宅	通院先	病名
	* 入院中	病院名	病名
	* 他施設入所中	施設名	病名
ADL	移動	自立・一部介助・全介助	(杖 歩行器 車椅子)
	食事	自立・一部介助・全介助	経管栄養(経鼻 胃瘻)
	排泄	自立・一部介助・全介助	(オムツ リハパン 留置カテーテル PTトイレ 尿器)
	入浴	自立・一部介助・全介助	(機械浴対応)
認知症	徘徊 暴言 暴力 収集行為 異食行為 昼夜逆転 被害妄想 記名力低下 独語 大声 その他()		
特別な処置	インシュリン注射 在宅酸素 褥瘡の処置 疼痛の看護 人工肛門 カテーテル留置 その他		
内服	有 無		
介護度	要支援 要介護 1 2 3 4 5	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	認知度	正 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
他施設申し込み状況(具体的に記入してください)			
特別養護老人ホーム ()			
介護老人保健施設 ()			
その他 ()			
居宅介護支援事業所		電話	
担当介護支援専門員		FAX	
申し込み者		続柄	
連絡先			
今回の短期入所	了解しました	都合つきません	後日連絡します
連絡事項	介護老人保健施設 ころろ		
居室区分	多床室	ユニット準個室	電話0573-20-3257
			FAX0573-25-0997
			担当 平野