介護老人保健施設　こころ　利用申し込み書

長期入所　　短期入所

令和　　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 住所	連絡先	自宅電話 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 退院めど　有（　　頃）　無		
	＊他施設入所中　　施設名　　病名 退所めど　有（　　頃）　無 ＊退所めどがつきましたら、連絡ください。		
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　P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	被保険者番号（　　）	
介護度	要支援1　2　・　要介護　1　2　3　4　5　・　　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）

居室区分　　多床室　ユニット型個室

介護老人保健施設　こころ
電話0573-20－3257
FAX0573-25-0997
担当　平野・原・西尾・太田