

介護老人保険施設 湖北やすらぎの里 利用申込書

申請日: 令和 ○年 □月 △日

利用者の状況

フリガナ コホク タロウ  
 氏名: 湖北 太郎 生年月日: M・T・S 10年 □月 △日( 88歳)  
 住所: 〇〇市 □□町 △△番地 電話番号: 0749-〇〇-□□□□  
 介護保険: 申請中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期限: R5.10.1 ~ R6.9.30  
 担当ケアマネ: 〇〇さん 事業所名: △△ケアプランセンター Tel: 0749-〇〇-□□□□  
 主治医: 〇〇先生 先生 医療機関名: △△医院 受診回数: 1回/ 3ヶ月

現在利用中のサービス

1 デイサービス( 2回/週) 2 デイケア( □回/週) 3 ショートステイ( 3~4日間/月)  
 訪問介護( □回/週) 5 訪問看護( □回/週) 6 用具レンタル・その他( □ )

現在の所在 ※該当項目を○で囲んでください。

1 在宅 : 自宅(老夫婦のみ・1独居・同居人あり) 親戚等の家に同居 □ その他( □ )  
 入院中 : 病院名: □ 担当者名: □ 退院予定日: □ 月 □ 日頃  
 施設入所中 : 施設名: □ 担当者名: □ 退所予定日: □ 月 □ 日頃  
 その他 : ( □ )

希望内容 ※該当項目を○で囲んでください。例) 空き次第お願いしたい。

1 入所 : (R 年 月 日 ~ R 年 月 日) 希望療養室: 4人部屋・個室・2人部屋  
 短期入所: (R 年 月 日 ~ R 年 月 日) 送迎希望: 無・有  
 デイケア : (希望日: 月・火・木・金・土) 入浴希望: 無・有 送迎希望: 無・有

施設に対する希望等

本人: リハビリを頑張りたい  
 家族: 入所中リハビリをして身体機能の維持・向上を目指して欲しい

利用後の予定 ※該当項目を○で囲んでください。

1 在宅 :  自宅  その他( □ )  
 施設入所希望:  申請未  申請済(申請施設名: □ )  
 その他 : ( □ )

家族構成 (主たる介護者には、介護者の欄に○をしてください ※独居の方の場合は本人のみ氏名をご記入ください。)

氏名	続柄	年齢	介護者	氏名	続柄	年齢	介護者
湖北 太郎	本人	88					
湖北 はじめ	長男	62					
湖北 花子	長男の妻	60	<input checked="" type="checkbox"/>				

申請者及び連絡先

申請者氏名: 湖北 はじめ 本人との続柄: 長男  
 連絡先 : 電話番号① 090-××××-□□□□ 電話番号② 0749-××-△△△△

※ 利用申し込みは、介護保険被保険者証をご持参の上、施設まで直接お越しください。 担当: 加納・脇坂  
 (担当が不在の場合もありますので、事前にお電話をいただくよう宜しくお願いいたします。) 電話: 0749-82-3725

現在までの経過・既往歴 / 施設利用を希望するに至った理由等

例) 2ヶ月ほど前から認知症が進んできたのか、同じことを繰り返してきいたり必要以上に

家族を呼びつけたりしてくるが増えてきた。夜間に同じことをされると家族は寝られず翌日  
ともしんどい。家族は就労もあり困っている。

例) 最近よく転ぶ。リハビリをして足の筋力を維持して欲しい。

疾病名 ※わかる範囲でご記入ください。

高血圧症

心不全

認知症

服薬内容・治療状況等 ※わかる範囲でご記入ください。

抑肝散(認知症の薬)

血圧を下げる薬

服薬管理: 自立・見守り・**一部**介助・全介助

身体状況確認欄 ※該当項目を○で囲んでください。

【食事】 自立・**見守り**・一部介助・全介助

種類 : 主食(**普通**・軟飯・粥) 副食(普通・**軟菜**・キザミ・ミキサー)

治療食等( ) 義歯(**無**・有)

備考 : 牛乳・チーズ×

上下総義歯

【移動】 自立・見守り・**一部**介助・全介助

寝返り:**可**・不可 起き上がり:**可**・不可 移乗: 可・**不可**

用具 : 杖・歩行器・老人車・**車**椅子・その他( )

備考 : **車椅子への乗り移りは介助が必要**

たまに自分で乗り移ろうとする時がある

【入浴】 自立・見守り・**一部**介助・全介助

入浴方法 : 一般浴・**中間**浴・特浴・シャワー浴・その他

備考 : **家では入浴せずにデイサービスで**

入っている

【排泄】 自立・見守り・**一部**介助・全介助

尿意 : 有・**時々**有・無 便意 : 有・**時々**有・無

用具 : トイレ・**ポ**ータブル・尿器・オムツ・**パ**ット・**リ**ハビリパンツ

備考 : **間に合わず失敗することがある**

【意思疎通】 可能・ある**程度**可能・不可

備考 : **同じことを聞いてくることがある**

【更衣】 自立・見守り・**一部**介助・全介助

備考 : **指示しないと上手く着替えられない**

【視力】 **普通**・見えにくい・見えない・不明 眼鏡(**無**・有)

備考 :

【聴力】 普通・**難**聴・聞こえない・不明 補聴器(**無**・有)

備考 : **左耳が聞こえにくい。話す時は右側から**

【麻痺】 **無**・有(部位: )

【拘縮】 **無**・有(部位: )

【身長・体重】 158 cm 60 kg

【アレルギー】 **無**・有( )

【精神状況】 日常生活に支障となる行動(**無**・有)

被害的 作話 幻視 幻聴 感情の不安定 **昼**夜逆転 暴言 暴行 大声を出す 介護抵抗 徘徊 不潔行為 異食行為 帰宅願望  
物**忘**れ その他( )

備考 :

※現在以外でも過去に1度でも出現した症状にはチェックをお願いします。

【医療処置】

経管栄養(胃ろう・鼻注・腸ろう)

喀痰吸引 ( 回/日)

気管切開

バルンカテーテル

ストマ

酸素療法 ( L)

インシュリン( 回/日)

血糖測定 ( 回/日)

皮膚トラブル: 無・有(褥瘡・湿疹・その他)

部位・処置等:

その他の医療処置: