

介護老人保健施設 メディコ平針 利用申込書

介護老人保健施設 メディコ平針 施設長 殿

私は、介護老人保健施設メディコ平針の (

- ・ 入所
- ・ 短期入所
- ・ 通所リハビリテーション
) の利用を申し込みます。

年 月 日

申込者 氏名

住所

電話番号 () -

利用者との続柄

フリガナ				<生年月日>	
利用者氏名	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			
利用者住所	電話番号 () -				
介護認定	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	介護保険負担割合		1 ・ 2 ・ 3 割
有効期間	~ 年 月 日	年 月 日	介護保険負担限度額認定証		無 ・ 有 (第 1 ・ 2 ・ 3) 段階
現在の状況	在宅 ・ 入院中 (病院 / 年 月 日 ~) ・ 入所中 (施設名 : / 年 月 日 ~) ・ その他 ()				
現在の主治医	医療機関名 :		主治医 :		医師
病名・既往歴等					
担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名 :		担当 :		ケアマネジャー
利用希望理由	【入所】 リハビリ ・ 在宅での介護困難 ・ その他 () 【短期入所】 介護者不在 ・ 介護負担軽減 ・ その他 () 【通所リハ】 リハビリ ・ 入浴 ・ 社会交流 ・ 介護負担軽減 ・ その他 ()				
入所の み	退所後の希望	在宅復帰 ・ 他施設申し込み ・ 検討中 ・ その他 ()			
	申し込み中の施設	無 ・ 有 ()	居室の希望	4人部屋 ・ 個室 ・ どちらでも良い	
利用者の状態					
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)				
移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 胃ろう				
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 紙パンツ ・ オムツ ・ バルーン ・ ストマ)				
認知症	無 ・ 有 (周辺症状 :) 話の理解度 : 正常 ・ 大体了解 ・ すぐ忘れる ・ 不明				
感染症	無 ・ 有 () 医療処置 : 無 ・ 有 ()				