

利用申し込み書

介護老人保健施設 ハーベスピア 苑

申込み日	令和 年 月 日	種 別	・入所 ・短期入所 ・通所
利用者氏名	フリガナ	性 別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和 年 月 日 満年齢 () 才	介護度	要支援・要介護 ()
住 所	〒 -	電 話	
主 申 込 者 (一 次 連 絡 先)	氏 名	フリガナ	続 柄
	住 所	〒 -	自宅電話
	勤務先	名称/電話番号	携帯電話
副 申 込 者 (二 次 連 絡 先)	氏 名	フリガナ	続 柄
	住 所	〒 -	自宅電話
	勤務先	名称/電話番号	携帯電話
現在の居所	・在宅 ⇒ ・独居 ・同居 () 宅 ・医療機関 () ・施設 ()		
主治医 在宅時の医療機関	・有 () ・無	申込経路	・ケアマネ ・医療機関 ・当HP ・その他 ()
退所先予定	・在宅復帰 ⇒ ・独居 ・同居 () 宅 ・介護施設 ⇒ ・特養 ・他施設 () ・医療機関等 ()		
利用希望理由	・リハビリテーションを受けたい ・現状で在宅介護に対応出来ない ⇒ ・介護力不足 ・住環境未整備 ・親族都合 ・その他 ()		

生活歴等について

生育地等	生まれ故郷・永年の居住地等、生活の基盤となっていた場所
元の職業	主として携わっていた職種等
性格	例) 社交的・内気・短気・陽気・積極的・消極的 等
趣味／特技	例) 読書・カラオケ・編み物・散歩・絵画・スポーツ 等

身体の状態について

歩行（移動）	<ul style="list-style-type: none"> ・自立 ・指示見守り ・一部介助 ・全介助 補装具 ⇒ ・杖 ・シルバーカー ・歩行器 *車椅子使用 : 有 ・ 無 *車椅子自操 : 可 ・ 否
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・自立 ・指示見守り ・一部介助 ・全介助 *形態 ⇒ ・ポータブルトイレ ・おむつ ・パンツ式おむつ ・尿パット ・カテーテル *トイレ使用 : 可 ・ 否
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・自立 ・指示見守り ・一部介助 ・全介助 *摂取 ⇒ ・全量 ・()分 ・拒食 *方法 ⇒ ・お箸 ・スプーン ・胃ろう *形態 ⇒ ・常食 ・粥 ・キザミ ・ミキサー *食品アレルギー : 無 ・ 有 ⇒ ・青魚 ・蕎麦 ・乳製品 ・卵 ・他 ()
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・自立 ・指示見守り ・一部介助 ・全介助
更衣	<ul style="list-style-type: none"> ・自立 ・指示見守り ・一部介助 ・全介助

精神状態について

認知症の有無	<ul style="list-style-type: none"> 無 ・ 有 ⇒ 発症時期 : 才頃 *程度 ⇒ ・軽度 ・中程度 ・重度 *診断 : 無 ・ 有 ⇒ 医療機関名 () *症状 ()
他精神疾患の有無	<ul style="list-style-type: none"> 無 ・ 有 ⇒ 発症時期 : 才頃 *診断名 () *医療機関名 () *症状 ()

既往歴（入院、長期の通院療養、手術等を要した過去の傷病）

時期 ()	医療機関 ()	疾病名 ()
時期 ()	医療機関 ()	疾病名 ()
時期 ()	医療機関 ()	疾病名 ()
時期 ()	医療機関 ()	疾病名 ()
時期 ()	医療機関 ()	疾病名 ()