

# 利用申込書

介護老人保健施設

エスパワール船橋 施設長殿

年 月 日

受付方法	電話 · 来所 · その他 ( )	希望利用	入所 · SS · デイケア
利 用 者	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	名前		
	住所	電話番号	
介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	※申請・更新中・区分変更中	
相 談 者	名前	様 続柄	年齢
	住所	電話番号	自宅： 携帯： 勤務先：
	勤務先		
利用希望	入所 (個室・4人部屋) · ショートステイ (希望日 / ~ / · いつでも) デイケア (週 回希望: 月 火 水 木 金 土 ) 送迎 ( 有 無 )		
現在状況	病院 ( ) その他施設 ( ) 自宅: 利用介護サービス ( ) ( ) ( ) 居宅: 担当: TEL:		
既往歴			
A D L 状 況	移動	独歩 杖歩行 歩行器 シルバーカー つたい歩き 見守り 介助 車椅子 (自操: 可 不可) 移乗 (自立 一部介助 全介助)	
	麻痺	無 有 (右 左) (上肢 下肢) (装具: 有 無)	
	排泄	自立 一部介助 全介助 (布パンツ リハビリパンツ パット オムツ) バルーン	
	入浴	一般浴 機械浴 シャワー浴 清拭 (自立 一部介助 全介助)	
	食事	自立 見守り 一部介助 全介助 経管 ( ) その他 ( ) 主食: 常食 軟飯 粥 ( 分) 義歯 (有り 無し) 副食: 常食 一口大 刻み ( ) ミキサー ゼリー ソフト	
周辺症状	<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 繰り返し発言 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食・盗食 <input type="checkbox"/> 破壊行為 <input type="checkbox"/> 性的トラブル <input type="checkbox"/> 無関心 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
退所後の方向性	在宅 グループホーム サ高 特養 その他 ( )		申込: 有 無
相談者以外の連絡先	氏名: 続柄: 年齢: 住所: 電話:		
備考:			