

# 利用申込書

介護老人保健施設

エスポワール船橋 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	様				
	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：		
	勤務先			携帯：	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						
ADL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：	電話番号：				
備考：						