

老人保健施設 おぎの里 利用申込書

年 月 日

利用者	ふりかな			男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日(歳)
	氏 名								
	住 所	〒			電 話				
申込者	氏 名		続柄		生年月日	M・T・S	年	月	日(歳)
	住 所				電 話				
	その他連絡先								
利用理由 利用方法	利用希望理由をお書き下さい 利用方法にレ点を入れて下さい □ 入所 □ ショートステイ 希望される居室にレ点を入れて下さい □ 多床室 □ 個室 □ どちらでも可能								
同居家族	氏 名	続 柄	生年月日	職業(会社名)・学校名					
別居家族	氏 名	続柄	生年月日	住所・連絡先					
経済状況等	年金 : □ もらっている 月 円程 □ もらっていない 年金の種類 : 老齢年金 (国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 遺族年金 ・ その他) 障害年金 (国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ その他) その他の年金 () その他の収入 : □ 有り () □ 無し 特別障害者手当 : □ もらっている □ もらっていない 身体障害者手帳 : □ 有り (級) □ 無し								
現在の状況	介護認定状況 : 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 (新規 ・ 変更)								
	居宅支援事業所名 :				担当ケアマネジャー :				
	1. 入院中 (医療機関: 主治医) 年 月 日 ~ 2. 施設入所中 (施設名:) 年 月 日 ~ 3. 在宅 主治医 (医療機関: 医師名 通院 ・ 往診)								

ご本人の状態についてあてはまるところに○をつけて下さい。

本人の 身体 の 状 況	移 動	一人で歩く・何かを利用して歩く（ つたう ・ 杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー） 車いす（ 自操 ・ 介助 ） ・ 歩行できない
	食 事	一人で食べる ・ 介助で食べる ・ 食べない
	排 泄	トイレ ・ ポータブルトイレ（一人で使用 ・ 介助で使用） ・ オムツ ・ リハビリパンツ
	入 浴	自分で入る ・ 介助で入る ・ サービス利用（
	意思疎通	話ができる ・ 出来ない
	聴 力	聞こえる ・ 大きい声なら聞こえる ・ 聞こえない ・ 補聴器使用（有り ・ 無し）
	視 力	見える ・ 見えない めがね使用（ 有り ・ 無し）
	認 知 症	有り ・ なし 有りとお答の方はどんなことでお困りですか？
	医療処置	インスリン注射（1日 回）・ ストーマ管理 ・ 排尿の管管理・褥瘡処置 胃ろう管理（1日 回）・痰の吸引（1日 回）・その他（ ）
生活 歴	生れた場所（ ） 結婚（ 歳）	
病 歴		
職 歴	結婚前（ ）結婚後（ ）	
趣 味		
性 格	1. 親しみやすい 2. 几帳面 3. 無口 4. わがまま 5. 頑固 6. 短気 7. その他（ ）	
在 宅 サ ー ビ ス 利 用 状 況	・ヘルパー（週 回：事業所名） ・デイサービス（週 回：事業所名） ・ショートステイ（月 日程度：事業所名） ・他施設申し込み状況：	

その他ご要望等ありましたらご記入ください。