

ポート愛ランド。老健 利用申込書（入所・ショートステイ・デイケア）

受付日 西暦 年 月 日

利用者	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 ( ) 歳
	氏名				
	住所	〒			
	電話番号				
申込者	フリガナ				
	氏名	続柄 ( )			
	住所	〒			
	電話番号		携帯・勤務先		
介護保険	介護度	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・申請中			
	居宅介護 支援事業所		担当 ケアマネージャー		
医療保険	かかりつけ医		病院・医院・診療所	先生	
	主な疾患				
	医療保険	後期・国保・社保・生保・その他( )			
連絡先	氏名	続柄	連絡先	携帯・勤務先	
現在の状況	自宅・病院・老健・その他福祉施設 病院・施設名【 】				
利用目的					

※ 以下の質問にお答え下さい。

【 】内に答えが無い場合は、空欄にご記入下さい。

●利用開始時期の希望はありますか。

【 できるだけ早く ・ 月 日位から ・ 未定 】

●退院・退所の時期は決まっていますか。

【 月 日まで ・ ヶ月後 ・ 未定 】

●介護を行ううえで困っている事はありますか。

【 徘徊 ・ 火の不始末 ・ 昼夜逆転 ・ 幻覚 ・ 幻聴 ・ 妄想 ・ 異食  
性的問題行動 ・ 収集 ・ 作話 ・ 不潔行動 ・ 介護への抵抗 】

●趣味や特技はありますか。

【 カラオケ ・ 将棋 ・ 書道 ・ 手芸 ・ 園芸 ・ 趣味は無い 】

《入所をご希望の方へお尋ねします》

○在宅での介護が困難な理由は何ですか。

【 家族が就労している ・ 一人暮らし ・ 介護者が高齢である ・ 経済的困難 】

○今後の方針は決まっていますか。

【 在宅に戻る ・ 他施設へ入所 ・ 未定 】

<他施設申込状況>

老健 ( )ヶ所、 特養 ( )ヶ所

<申込済施設名称>

老健:

特養:

ありがとうございました。