社会医療法人正和会　介護老人保健施設　利用申込書

□入　所　　□短期入所　　□通　所	記　入　日	年　　月　　日
	事前調査日	年　　月　　日

フリガナ		男・女	明・大・昭 年　　月　　日（　　歳）
利用者 氏　名	様		
住　所	〒　　ー　　電　話　　（　　）		

フリガナ		男・女	年　齢	続　柄	職　業
身元引受人 氏　名	様				
住　所	□利用者と同じ 〒　　ー				
電　話	（　　）	携帯電話	（　　）		

現在の状況	□自宅（独居・同居）　□医療機関入院中（医療機関名：　　） □施設入所中（施設名：　　）□その他（　　）		
かかりつけの医療機関名		病　名	
居宅介護支援事業所名		担当ケアマネ	
介護保険	□要介護　□要支援	認定日	年　月　日（区分変更中は申請日を記入）
	□1　□2　□3　□4　□5 □申請中　□区分変更中	有効期間	年　月　日～　年　月　日
介護保険 負担限度額認定証	□無　□1段階　□2段階　□3段階　□4段階　□申請中		
身体障害者手帳	□無　□有　（第　　種　　級）	年金の種別	□国民　□厚生　□共済　□生保 （年金額　　円／月）
歩　行	□一人でできる　□一部介助　□できない（杖　歩行器　車椅子　他：　　）		
排　泄	□一人でできる　□一部介助　□できない（トイレ　ポータブルトイレ　オムツ　尿器　他：　　）		
食　事	□一人でできる　□一部介助　□できない　□経管栄養食		
食事内容	【主 食】普通・粥　　【副 食】普通・キザミ・他：		
入　浴	□一人でできる　□一部介助　□できない（清拭・シャワー浴　他：　　）		
更　衣	□一人でできる　□一部介助　□できない		
認知症	□無　□有　⇒　物忘れ　歩き回る　（他：　　）		

入所・短期入所のご利用希望の方					
居室希望	□個室　□二人室　□多床室　□希望以外での入所についての同意				
居室ネーム	□可　□不可	おやつの希望	□無　□有	洗濯方法	□家族　□業者
広報誌・ブログへ写真の掲載	□掲載可　□掲載不可			日用品準備	□家族　□業者
インフルエンザ予防接種	□経験有（　　月頃）　□経験無				
予防接種の希望の有無	□希望する　□希望しない				

利用希望内容

通所リハビリ	希望理由	□リハビリ　□入浴　□社会交流　□その他（下記　希望理由欄へ記入）		
	希望曜日	□月　□火　□水　□木　□金　□土　（週　回）		
	希望時間	□短時間　□長時間	送迎希望	□要　□不要
短期入所	希望理由	□介護負担軽減　□介護者不在　□その他（下記　希望理由欄へ記入）		
	希望期間	□　／　～　／　（約　日間）　□いつでもよい（約　日間）		
	定期利用希望	□定期的に利用希望（　ヶ月毎）　□今回のみ利用希望		
入所	希望理由	□リハビリ　□介護負担軽減　□在宅生活継続困難　□その他（下記へ記入）		
	希望期間	□約　ヶ月間　□1年以上　□未定（下記へ記入）		
	退所後の予定	□自宅（住宅改修　未・済）　□他施設利用　□未定（下記へ記入）		
	申込中の施設	□老健　□特養　□ショートステイ　□その他（　）		
今後の意向	ご本人：			
	ご家族：			
希望理由				
介護上の問題点				
施設への要望等				
出来るだけ具体的に				

家族構成と連絡先

※利用者の子となる方は、県外にお住まいの場合でも全員ご記入下さい。

氏名（連絡順）	続柄	生年月日	同居の有無	職業・勤務先・電話
フリガナ		S・H　年	有・無	
（　）		月　日		（　）
フリガナ		S・H　年	有・無	
（　）		月　日		（　）
フリガナ		S・H　年	有・無	
（　）		月　日		（　）
フリガナ		S・H　年	有・無	
（　）		月　日		（　）
フリガナ		S・H　年	有・無	
（　）		月　日		（　）

嗜好、その他

好きな食べ物・飲み物		嗜好品	□お酒（　） □煙草（　）
嫌いな食べ物・飲み物		アレルギー等の有無	□無し □有り（　）
職歴			
趣味 特技 習慣			

触れてほしくない話題や注意してほしい事など

日常生活動作・関連動作調査票

利用者氏名　　様　　記入者氏名　　様

（続柄　　）

調査日　　年　　月　　日

※該当する箇所に〇をつけてください

歩行（屋外）	1、自立　2、ゆっくりなら歩ける　3、物につかまれば歩ける　4、はって歩く　5、移動できない
歩行（屋内）	1、自立　2、ゆっくりなら歩ける　3、物につかまれば歩ける　4、はって歩く　5、移動できない 車椅子（有・無）　杖（有・無）
階段の昇降	1、自立　2、ゆっくりなら歩ける　3、物につかまれば歩ける　4、はって歩く　5、移動できない
立　位	1、自立　2、なんとか自分で立てる　3、介助されれば長時間立てる 4、介助されれば短時間立てる　5、立てない
座　位	1、自立　2、なんとか自分で座っていられる　3、一部介助されれば座っていられる 4、かなり介助しなければ座っていられない　5、座ることが不可能
寝返り	1、自立　2、なんとか自分でできる　3、一部介助すればできる 4、かなり介助すればできる　5、全面介助
衣服着脱	1、自立　2、なんとか自分でできる　3、一部介助すればできる 4、かなり介助すればできる　5、全面介助
食　事	1、自立　2、ほぼ自分でできるが遅い　3、一部介助すればできる 4、かなり介助すればできる　5、全面介助　6、むせやすい　7、経管栄養
排泄（小便）	1、自立　2、トイレに行くのが遅い　3、かろうじて自分でする（尿器）　4、介助を要する 5、失禁（常時オムツ使用）　＊ポータブルトイレ使用
排泄（大便）	1、自立　2、トイレに行くのが遅い　3、かろうじて自分でする（尿器）　4、介助を要する 5、失禁（常時オムツ使用）　＊ポータブルトイレ使用
入　浴	1、自立　2、ほぼ自分でできるが遅い　3、一部介助すればできる 4、かなり介助すればできる　5、全面介助　6、清拭のみ　＊週　　回
視　力	1、普通　2、大抵の人の区別がつく　3、殆ど見えない　4、全く見えない　5、眼鏡（有・無）
聴　力	1、普通　2、大きな声であればわかる　3、補聴器使用でほぼ普通　4、全く聞こえない
意思表示	1、普通　2、大体できるが不完全　3、かろうじてできるが不完全　4、不可能
話の了解	1、普通　2、大体できるが不完全　3、かろうじて了解　4、まれに了解　5、不可能
洗　濯	1、普通　2、できるが遅い　3、一部介助すればできる　4、できない
買　物	1、普通　2、できるが遅い　3、一部介助すればできる　4、できない
炊　事	1、普通　2、できるが遅い　3、一部介助すればできる　4、できない
掃　除	1、普通　2、できるが遅い　3、一部介助すればできる　4、できない
電　話	1、普通　2、大体できるが不完全　3、かろうじてできるが不完全　4、不可能
金銭管理	1、普通　2、大体できるが不完全　3、かろうじてできるが不完全　4、不可能
服　薬	1、普通　2、大体できるが不完全　3、かろうじてできるが不完全　4、不可能
整　容	1、普通　2、大体できるが不完全　3、かろうじてできるが不完全　4、不可能

【身体・精神状況】　※該当に✓でチェックし、概要をご記入下さい。

□褥瘡　□麻痺　□胃管　□留置カテーテル等

□幻覚　□妄想　□暴力行為　□不潔行為　□迷子　□不眠
□徘徊　□性的行動　□奇声　□過食　□意識障害　□自殺企図

（専門医）受診の有無　□無し　□有り

医療機関名　　診断名

DBDスケール（Dementia Behavior Disturbance Scale）（　認知症行動障害スケール　）

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　記入者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　（続柄　　）

1から28の項目について、次の0から4までの評価に従って**該当する数字に○をつけてください。**

0　：　全くない・・・　いままでこの症状はなく、現在もない
1　：　ほとんどない・・・　これまで認めたことがあるが、現在は確認できない
2　：　ときどきある・・・　まれに認められる
3　：　よくある・・・　毎日ではないが、この問題はよく認められる
4　：　常にある・・・　この症状がほぼ毎日認められる

記入日　　年　　月　　日	全くない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
1.　同じことを何度も何度も聞く。	0	1	2	3	4
2.　よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする。	0	1	2	3	4
3.　日常的な物事に関心を示さない。	0	1	2	3	4
4.　特別な理由がないのに夜中に起き出す。	0	1	2	3	4
5.　特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける。	0	1	2	3	4
6.　昼間、寝てばかりいる。	0	1	2	3	4
7.　やたらに歩き回る。	0	1	2	3	4
8.　同じ動作をいつまでも繰り返す。	0	1	2	3	4
9.　口汚くののしる。	0	1	2	3	4
10.　場違い或いは季節に合わない不適切な服装をする。	0	1	2	3	4
11.　不適切に泣いたり笑ったりする。	0	1	2	3	4
12.　世話をされるのを拒否する。	0	1	2	3	4
13.　明らかな理由無しに物をため込む。	0	1	2	3	4
14.　落ち着きなく、あるいは興奮してやたらに手足を動かす。	0	1	2	3	4
15.　引出しやタンスの中身を全部出してしまう。	0	1	2	3	4
16.　夜中に家の中を歩き回る。	0	1	2	3	4
17.　家の外に出て行ってしまう。	0	1	2	3	4
18.　食事を拒否する。	0	1	2	3	4
19.　食べ過ぎる。	0	1	2	3	4
20.　尿失禁する。	0	1	2	3	4
21.　日中、目的もなく屋外や屋内を歩き回る。	0	1	2	3	4
22.　暴力を振るう。（殴る、噛みつく、ひっかく、蹴る、唾を吐きかける）	0	1	2	3	4
23.　理由もなく金切り声を上げる。	0	1	2	3	4
24.　不適切な性的関係を持とうとする。	0	1	2	3	4
25.　陰部を露出する。	0	1	2	3	4
26.　衣服や器物を破ったり壊したりする。	0	1	2	3	4
27.　大便を失禁する。	0	1	2	3	4
28.　食べ物を投げる。	0	1	2	3	4

施設入所利用同意書及び契約書

社会医療法人 正和会 介護老人保健施設 ほのぼの苑 施設入所を利用するにあたり、利用約款、【資料1：重要事項説明書】、【資料2：介護保健施設サービスについて】、【資料3：個人情報の利用目的】の交付を受けて受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、十分に理解した上で承諾・同意・契約いたします。

また、これにより当該サービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に、下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1．介護老人保健施設　ほのぼの苑の諸規程を守り、職員の指示に従います。

2．費用の支払いについては、介護老人保健施設　ほのぼの苑に対し一切迷惑をかけません。

以上

法人名・代表者名	社会医療法人　正和会　　理 事 長　小玉　敏央
施設・代表者名	介護老人保健施設　ほのぼの苑　施設長　小林　顕　　㊞

記　入　日		年　　月　　日		
①利用者	ふりがな			
	利用者氏名	㊞		
	住　　所	〒		
	自宅電話		携帯電話	
②身元引受人	ふりがな			
	身元引受人氏名	㊞　（続柄　　）		
	住　　所	〒		
	自宅電話		携帯電話	
	勤 務 先		勤務先電話番号	

③連帯保証人	ふりがな			
	保証人氏名	㊞　（続柄　　）		
	住　　所	〒		
	自宅電話		携帯電話	
	勤 務 先		勤務先電話番号	

ご希望の送付先・連絡先をお選び下さい。

請求書・明細書及び領収書の送付先（本約款第５条）
□①利用者本人　□②身元引受人　□③連帯保証人　□④その他連絡先
緊急時及び第10条３項事故発生時の連絡先（本約款第９条３項）
□②身元引受人　□③連帯保証人　□④その他連絡先

④その他連絡先	ふりがな			
	氏　　名	㊞　（続柄　　）		
	住　　所	〒		
	自宅電話		携帯電話	
	勤 務 先		勤務先電話番号	

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ご利用者様保管用）

施設入所利用同意書及び契約書

社会医療法人 正和会 介護老人保健施設 ほのぼの苑 施設入所を利用するにあたり、利用約款、【資料1：重要事項説明書】、【資料2：介護保健施設サービスについて】、【資料3：個人情報の利用目的】の交付を受けて受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、十分に理解した上で承諾・同意・契約いたします。

また、これにより当該サービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に、下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

1．介護老人保健施設　ほのぼの苑の諸規程を守り、職員の指示に従います。

2．費用の支払いについては、介護老人保健施設　ほのぼの苑に対し一切迷惑をかけません。

以上

法人名・代表者名	社会医療法人　正和会　　理 事 長　小玉　敏央
施設・代表者名	介護老人保健施設　ほのぼの苑　施設長　小林　顕　　㊞

記　入　日		年　　月　　日		
①利用者	ふりがな			
	利用者氏名	㊞		
	住　　所	〒		
	自宅電話		携帯電話	
②身元引受人	ふりがな			
	身元引受人氏名	㊞　（続柄　　）		
	住　　所	〒		
	自宅電話		携帯電話	
	勤 務 先		勤務先電話番号	

③連帯保証人	ふりがな			
	保証人氏名	㊞　（続柄　　）		
	住　　所	〒		
	自宅電話		携帯電話	
	勤 務 先		勤務先電話番号	

ご希望の送付先・連絡先をお選び下さい。

請求書・明細書及び領収書の送付先（本約款第５条）
□①利用者本人　□②身元引受人　□③連帯保証人　□④その他連絡先
緊急時及び第10条３項事故発生時の連絡先（本約款第９条３項）
□②身元引受人　□③連帯保証人　□④その他連絡先

④その他連絡先	ふりがな			
	氏　　名	㊞　（続柄　　）		
	住　　所	〒		
	自宅電話		携帯電話	
	勤 務 先		勤務先電話番号	

説明者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（施設保管用）