

# シーサイド湯河原 短期入所生活介護申込書

申 込 日	年 月 日
-------	-------

\* 受付後 5 年間保存します。

シーサイド湯河原施設長 殿

(フリガナ) 申込者氏名	印 (続柄)
住 所	〒
連 絡 先	( )

シーサイド湯河原に入所したいので、下記のとおり申し込みます。

入 所 希 望 者 の 状 況	フリガナ		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		連絡先	( )	
	現 住 所	〒			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)			
	健康保険	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 国保・健保・共済・生保・その他 ( )			
	年 金 等	<input type="checkbox"/> 国民 (老齢・遺族・障害) <input type="checkbox"/> 厚生 (老齢・遺族・障害) <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 老齢福祉 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし			
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒判定 ( ) 級 [ 障害名 ]			
	介護保険	被保険者番号	[ 市区町村 ]		
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 (認定期間) 年 月 日 ~ 年 月 日			
	現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> その他 ( )			

入所希望者の状況	身体 <span>の</span> 状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <b>食事の種類</b> (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(            ) (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(            )	
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <b>オムツの使用</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> その他(            )	
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <b>歩行の状況</b> <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> その他(            )	
		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 見えない( 右 ・ 左 ) <input type="checkbox"/> その他(            )	
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 聞こえない( 右 ・ 左 ) <input type="checkbox"/> その他(            )	
		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> その他(            )	
		補足すべき身体 <span>の</span> 状況について、具体的に記載してください。		
			認知症・精神上 <span>の</span> 症状	<input type="checkbox"/> 何らか <span>の</span> 認知症はあるが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状は見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がしばしば見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする  自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的 <span>の</span> 行為等 <span>の</span> 行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。



