

ほんごう苑利用申請書

ほんごう苑受付日 令和 年 月 日

利用希望者

フリガナ		性別	保険者市町村						
氏名		男 ・ 女	被保険者番号						
			介護度	支1	支2	1	2	3	4
生年月日	T・S 年 月 日 歳		認定日						
住所	〒		認定期間	～					
			負担割合	1割	2割	3割			
電話			負担限度額	なし	あり(コピーを添付)	申請中			

緊急連絡先(2名必須)

氏名	続柄	住所	電話

請求書の送付先

氏名	続柄	住所	電話

居宅介護支援事業所

事業所名		担当 ケアマネ	
電話番号			

かかりつけ医療機関

医療機関名 ①			医療機関名 ②		
	診療科	受診頻度		診療科	受診頻度
医療機関名 ③			医療機関名 ④		
	診療科	受診頻度		診療科	受診頻度

本人の意向	<input type="checkbox"/> 利用希望している	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 迷っている	<input type="checkbox"/> 拒否している	
	<input type="checkbox"/> 認知機能の低下により理解困難		<input type="checkbox"/> 知らせていない		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	利用中の介護サービス			
	<input type="checkbox"/> 病院・施設	病院 施設名	入院・入所 期間	年 月から	
身長	cm		体重	kg	
視力	普通・弱視・ほぼ見えない・全盲・メガネ		聴力	普通・やや難・かなり難・全難聴・補聴器	
発語	良好・やや不自由・不自由		理解力	良好・やや困難・困難	

添付書類 ※不備がある場合 受けできません	必須	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳または薬剤情報等
	適宜添付	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証		

健 康 状 態	現疾患(発症時期おおよそでOK 何歳頃等)						既往歴			
	医療的処置等		経管栄養・胃瘻・人工肛門・インスリン・在宅酸素・吸引・他()							
感染症	無	・ 有()	アレルギー		無	・ 有()				
	便秘	無	・ 有()	睡眠薬		無	・ 有(薬名)			
	褥瘡	無	・ 有()	入歯		無	・ 有(上・下・部分)			
自立度	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2		
認知度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M		
移動 ・ 移乗	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー						特記事項		
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	転倒リスク	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 少さい	<input type="checkbox"/> 大きい						
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あり()							
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
その他	<input type="checkbox"/> エアマット使用 <input type="checkbox"/> センサー類を使用									
食事	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟食(二度炊き)	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ミキサー				特記事項	※経管・補食・嚥下・吸引・その他
	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> ソフト(キザミ等)	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ゼリー					
	用具	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自助具	<input type="checkbox"/> その他					
	自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	嚥下	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 悪い						
	食欲	<input type="checkbox"/> 旺盛	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 小食						
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器等				特記事項	※頻尿、排便間隔やコントロール・その他	
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
		<input type="checkbox"/> 普通パンツ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> オムツ					
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器等						
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
保清	尿便意	<input type="checkbox"/> 普通パンツ	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> オムツ			特記事項		
		<input type="checkbox"/> 有・□ 無	<input type="checkbox"/> 曖昧	<input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> 有□ 無□ 曖昧						
		<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> リフト浴	<input type="checkbox"/> 特浴	<input type="checkbox"/> 清拭				
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
		<input type="checkbox"/> 洗身	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
	<input type="checkbox"/> 洗髪	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
<input type="checkbox"/> 更衣	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
<input type="checkbox"/> 衣類の管理	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助								
認知機能	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定・問題なし	<input type="checkbox"/> 妄想・幻覚	<input type="checkbox"/> 不安・抑うつ				特記事項	※昼夜の変化・夜間の状態など	
		<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 不定愁訴	<input type="checkbox"/> 不眠・浅眠					
		<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 易怒・興奮	<input type="checkbox"/> 介護拒否・抵抗						
		<input type="checkbox"/> 危険行動	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 著明な物忘れ						
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 無反応	<input type="checkbox"/> 過疎合はない	<input type="checkbox"/> 簡単な会話は可					
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> センサー使用	<input type="checkbox"/> 困難						
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助						
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
利用履歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 短期入所			<input type="checkbox"/> 老健入所				

記入者職氏名 _____