利 用 申 込 書

美作市立作東老人保健施設
施 設 長　　様

区　分	一般入所	短期入所(ｼｮｰﾄｽﾃｲ)	介護予防短期入所(ｼｮｰﾄｽﾃｲ)	通所リハビリテーション	介護予防通所リハビリテーション
希望日・曜日	／	／　～　／	／　～　／	月・火・水・木・金	月・火・水・木・金

利用希望者	ふりがな	性別	生 年 月 日
		男・女	明・大・昭　　年　　月　　日生 (　　)歳

要介護度	支1・支2・ 1・2・3・4・5・申請中	認定期間	年　月　日～　年　月　日
住所	〒　　ー	番号 電話	(　　)　　ー
利用目的			

主治医	病院名(　　) TEL(　　)　　ー
居宅支援事業所	担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ

主 傷 病 名	発症年月日	現在の状況
	年　月　日・不祥	1. 入院中(病院名:　　)
	年　月　日・不祥	2. 施設入所中(施設名:　　)
	年　月　日・不祥	3. 在宅 外来受診 あり(病院名:　　) なし
	年　月　日・不祥	居室希望　特別室・個室・2人室・4人室

家族状況(主介護者及びｷｰﾊﾟｰｿﾝ、連絡者を記入して下さい)

氏　名	住　所	電話番号	続柄	年齢	同別	職業

緊急連絡先	氏　名	続柄	住　所	電 話 番 号
				自宅:(　　)　　ー
				携帯電話:(　　)　　ー
				勤務先:
				同電話:(　　)　　ー

今後の予定	・家庭復帰 ・他施設(　　) ・その他

受付日:　　年　　月　　日

日常生活動作の状況（該当するものに〇を入れて下さい）

1．移動　a　時間がかかっても介助なしで歩く
b　手を貸してもらうなど一部介助を要する
c　全面的に介助を要する

使用する補助具があれば該当するものに〇を入れて下さい

（　杖　・　シルバーカー　・　歩行器　・　車いす　）

2．食事　a　やや時間がかかっても介助なしに食事をする
b　おかずを刻んでもらうなど一部介助を要する
c　全面的に介助を要する

3．排泄　a　やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
b　便器に座わらしてもらうなど一部介助を要する
c　全面的に介助を要する

4．入浴　a　やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
b　洗ってもらうなど一部介助を要する
c　全面的に介助を要する

5．着替　a　やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
b　袖を通してもらうなど一部介助を要する
c　全面的に介助を要する

6．整容〈身だしなみ〉　a　やや時間がかかっても介助なしに一人で行える
b　タオルで顔を拭いてもらうなど一部介助を要する
c　全面的に介助を要する

7．意思疎通　a　完全に通じる
b　ある程度通じる
c　ほとんど通じない