

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							
氏名		男・女	被保険者番号							
			介護度	支1	支2	1	2	3	4	5
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	電話番号	担当 ケアマネ
------	------	------------

かかりつけ医療機関

医療機関名 ①	診療科()	医療機関名 ②	診療科()
医療機関名 ③	診療科()	医療機関名 ④	診療科()

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			
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設	利用中の介護サービス 病院施設名	入院・入所期間	年 月 日から
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			
身長	cm	体重	kg	
視力	良い・弱視・ほぼ見えない・全盲・メガネ		聴力	良い・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

健康状態	現疾患		既往歴	
	医療の状況	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)
移動・移乗	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <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"/> 見守り <input type="checkbox"/> あり()		
	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		
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		
	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 <input type="checkbox"/> とろみ		
	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		
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器等 <input type="checkbox"/> オムツ <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		
	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"/> オムツ <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		
	尿便意	尿意 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 便意 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
入浴	タイプ	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴		
	浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不眠・浅眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 介護拒否・抵抗		
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 無反応 <input type="checkbox"/> 辻褄合わない <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能		
提出書類	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		
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)			

氏名 _____