

記入例

マイライフ芦屋 利用申込書

申込日	令和 2 年 10 月 ×× 日	申込サービス	入所(個室・ 多床室)・ショートステイ
利用者	フリガナ 氏名	アシハマ タロウ 芦浜 太郎	性別 男 女 大正・ 昭和 19 年 5 月 18 日生 (満 歳)
	住所	〒 659 - 0034 兵庫県芦屋市陽光町 8 番 00 号	自宅Tel 0797-38-●●●● 携帯Tel なし
申込者	フリガナ 氏名	アシハマ ナツコ 芦浜 夏子	続柄 職業 長男の嫁 主婦
	住所	〒 - 同上	自宅Tel 0797-38-●●●● 携帯Tel 090-△△△△-XXXX

【基本情報】

現在の居所	自宅 <input checked="" type="radio"/> 病院 (市立 芦〇病院) 入院日 令和 2 年 5 月 ×× 日 <input type="radio"/> 老健 () 入所日 年 月 日 <input type="radio"/> その他 () 入所日 年 月 日		
主治医	病院名: 〇〇内科	医師名: 〇〇 医師	
居宅介護支援事業所	事業所名: ケアプランセンター芦屋 担当ケアマネ: △△ ケアマネジャー		
要介護認定	申請中 ・ 要介護 1 ・ <input checked="" type="radio"/> 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5		
	認定日	平成 31 年 4 月 15 日	有効期間 自 令和元年 5 月 1 日 至 令和 3 年 4 月 30 日
医療保険	<input checked="" type="radio"/> 後期高齢者医療 ・ 生活保護 ・ その他()		
介護保険負担割合	<input checked="" type="radio"/> 1割 ・ 2割 ・ 3割	介護保険負担限度額認定証	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 (段階)
退所後の予定	<input checked="" type="radio"/> 在宅復帰 ・ 施設入所希望(申込済) ・ 施設入所希望(未申込) ・ その他()		

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	連絡先
緊急連絡先	(フリガナ) アシハマ ナツコ 芦浜 夏子	長男の嫁	〒 659-0034 兵庫県芦屋市陽光町 8 番 00 号	自宅Tel 0797-38-●●●● 携帯Tel 090-△△△△-XXXX
	(フリガナ) アシハマ ミノル 芦浜 実	長男	〒 同上	自宅Tel 0797-38-●●●● 携帯Tel 090-□□□□-0000
請求先	(フリガナ) アシハマ ミノル 芦浜 実		〒 同上	自宅Tel 0797-38-●●●● 携帯Tel 090-□□□□-0000

【確認・同意事項】

お預かりした個人情報につきましては、適切に管理し、同意なしに第三者に開示提供することはありません。申込にあたり、記載いただいた関係者・機関等に情報の提供を受けることおよび連携を取りあうことに同意していただきます。

※ わかる範囲で結構ですので、ご記入ください。

生活歴	出生地	兵庫県神戸市	学歴	大学卒業	兄弟姉妹	(3)人兄弟の (1)番目 [長男]
	職業	中学教師	結婚歴	有・無	子供	有・無 男(1)人 女(1)人
	神戸市東灘区に会社員の家庭に長男として生まれる。大阪の大学を卒業後、神戸の中学の教員として就職し定年まで勤める。昭和45年に結婚、2人の子供に恵まれる。在職中は、特に大きな病気もなかったが、70歳の時にくも膜下出血で入院。その後はデイサービスに週2回利用していたが、今年5月に自宅で転倒し、大腿部を骨折し芦ノ病院に入院中である。					
既往歴	病名・傷病名		病名機関		年代または年齢	
	くも膜下出血		県立 西△病院		平成26年3月	
	大腿骨骨折		市立 芦ノ病院		令和2年5月	
性 格	温厚でまじめ		趣 味	読書		
	話しかけられると話をするが、基本無口			昔は山登りをしていた		
利用者・ご家族の意向	自分でできることを維持してほしい 骨折したが歩行器で歩行がしたい					

移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移 動 手 段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子(自走)
	<input type="checkbox"/> 車椅子(介助)	<input type="checkbox"/> 移動不能(寝たきり)		
食 事 摂 取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
排 泄 (日 中)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
(夜 間)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
更 衣 (上 衣)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
(下 衣)	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
行 動	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不 穩	<input type="checkbox"/> 攻撃行動	<input type="checkbox"/> 興 奮
	<input type="checkbox"/> 大声奇声	<input type="checkbox"/> 異 食	<input type="checkbox"/> その他 ()	
認 知	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> もの忘れ	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 要介助
	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> その他 ()		
転 倒 転 落	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
内 服 薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

※ 入所相談で施設にお越しの場合、ご連絡のうえ、ご来所下さい。

※ 介護保険証(写し)・介護保険負担割合証(写し)・介護保険負担限度額認定証(写し ある方のみ) お薬表(写し お薬手帳でも可)をご持参ください。