

# 老人保健施設コスモス 利用申込書

老人保健施設コスモス 施設長 様

受付年月日  
令和 年 月 日

- ◆老人保健施設コスモスへの【入所・短期入所】を利用したいので申込みます。
- ◆記載内容に変更があった場合は、速やかにコスモスへ連絡します。また、変更内容をコスモスへ連絡しなかった場合、この申込みが無効となることを了承します。

入所希望者	ふりがな	生年月日	明治・大正・昭和	年齢	性別	
	氏名		年 月 日	歳	男・女	
	住所 〒	介護認定	新規申請中・要支援( )・要介護( )			
			更新申請中・区分変更申請中( 月 日申請)			
		介護保険被保険者番号				
		認定日	R 年 月 日	負担割合	( )割	
		認定期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日			
電話	減額認定	未申請・申請中・【1・2・3-①・3-②・基準】				
かかりつけ医		居宅ケアマネ	ケアマネ			
現在の状況	自宅・病院または施設( ) / 年 月 日から入院(所)中					

申込者	ふりがな	住所 〒		
	氏名	続柄 ( )		
	勤務先	名称	電話	自宅
		電話	携帯	

※第2連絡者は、申込者と住所の異なる方をご記入ください。

第2連絡者	ふりがな	住所 〒		
	氏名	続柄 ( )		
	勤務先	名称	電話	自宅
		電話	携帯	

入所手続きに関しての連絡先	名前:	続柄:	電話:
申込者・第2連絡者・右の者	住所:	携帯:	

確認事項	部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室以外 <input type="checkbox"/> どこでもよい			
	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所希望 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内に希望 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )			
	在宅で利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ(特養) <input type="checkbox"/> ショートステイ(老健) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型施設 <input type="checkbox"/> その他( )			
今後の予定 (長期入所の方のみ ご記入ください)	<input type="checkbox"/> 老人ホーム申請済み (施設名		申請日	年 月 )	
	<input type="checkbox"/> 老人ホーム以外の施設へ申請済み(施設名		申請日	年 月 )	
	<input type="checkbox"/> 自宅へ帰る予定 (具体的な時期など ) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他(具体的に )				

- ◆利用申込書及び申し込み時に聞き取り調査した情報を、老人保健施設コスモスが利用に関しての検討、サービス提供のための資料として取り扱うことに同意いたします。

\*記載に不備がある場合、手続きが遅れることがあります。

利用者署名	
(代筆者署名)	

◎家族の状況

\*同居家族と、入所希望者の子(同居・別居関係なく)を記入してください。

氏名	続柄	年齢	住所 (同居の方は「本人と同じ」と記入してください)

◎病歴

\*わかる範囲で結構です。古い順からご記入ください。

発症時期(又は年齢)	病名	治療状況(入院・通院・手術)	病院名

◎心身の状態

\*現状で当てはまるものすべてに✓をしてください。在宅  
以外の方は病院や施設の方にお問い合わせください。

記入者名( )

医療	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 点滴・注射
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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・体重	身長                      cm / 体重                      kg (測定日                      年                      月                      日)
食事	食事動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 絶食 食事内容    主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 1/2量 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 全粥菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 1/2量
	起き上がり <input type="checkbox"/> 何も持たないでできる <input type="checkbox"/> 何かを持てばできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> できない 座位保持 <input type="checkbox"/> 背もたれなく座れる <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば座れる <input type="checkbox"/> 支えれば座れる <input type="checkbox"/> できない 立ち上がり <input type="checkbox"/> 何も持たず立ち上がる <input type="checkbox"/> 何かを持って立ち上がる <input type="checkbox"/> 介助で行う <input type="checkbox"/> できない 移動方法 <input type="checkbox"/> 何も持たず歩く <input type="checkbox"/> 杖や老人車で歩く <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 這う <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 車椅子を自分で駆動 <input type="checkbox"/> 車椅子を誰かに押してもらう <input type="checkbox"/> ストレッチャー 移動手段 <input type="checkbox"/> 何も持たない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 普通型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
排泄	排泄場所(昼) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門 排泄場所(夜) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門 排泄動作 <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 動作を一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力 <input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 見えにくい( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 全く見えない( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 緑内障 聴力 <input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 聞こえにくい( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 全く聞こえない( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	問題行動等 <input type="checkbox"/> 問題無し <input type="checkbox"/> 直前のこと忘れる <input type="checkbox"/> 半日前のこと忘れる <input type="checkbox"/> 忘れていたり覚えていたり <input type="checkbox"/> 徘徊( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 度々 ) <input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない <input type="checkbox"/> 場所がわからない <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 夜間眠れない( <input type="checkbox"/> 眠剤服用 )
その他 困っていること等	