

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
	電話	自宅 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
	電話	自宅 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							
移動	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							
視聴力	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)							
精神面	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									