

ご利用申込書

令和 年 月 日

介護老人保健施設ジェロントピア菊華 施設長殿

当該サービスを利用したく、関係書類を添えて申し込みます。

(入所 / 短期入所 / 訪問介護)

ご利用者名	ふりがな		明治 / 大正 / 昭和
	ご氏名	男 女	年 月 日 (才)
	ご住所	(〒 -) 電話番号	
ふりがな			ご利用者様との続柄
お申込み者氏名	様		
ご利用者様の介護度	要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5 新規申請中 / 更新中 / 区分変更中		
希望サービス内容 (希望されるサービスに○をお付け下さい)	Ⅰ. 長期入所 (1ヶ月以上の入所)		
	Ⅱ. 短期入所療養介護 (ショートステイ)		
	(ご希望 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで)		
	上記 Ⅰ. 又は Ⅱ. の場合 (個室 / 2人部屋 / 4人部屋) を希望		
	Ⅲ. 訪問介護 (ご希望の曜日・時間帯を下記へご記入下さい)		
	月 :	時 分 ~ 時 分 :	時 分 ~ 時 分
	火 :	時 分 ~ 時 分 :	時 分 ~ 時 分
水 :	時 分 ~ 時 分 :	時 分 ~ 時 分	
木 :	時 分 ~ 時 分 :	時 分 ~ 時 分	
金 :	時 分 ~ 時 分 :	時 分 ~ 時 分	
土 :	時 分 ~ 時 分 :	時 分 ~ 時 分	
日 :	時 分 ~ 時 分 :	時 分 ~ 時 分	
身元引受人	ふりがな	ご利用者様との続柄	
	ご氏名	様	
	ご住所	(〒 -) 電話番号 (携 帯)	

* お申込書の有効期限は、1年とさせていただきます。1年経ちましたら再度お申込書をご提出下さい。
* 知りえました個人情報は、適切に処理させていただきます。

ご利用時状況調査票1

令和 年 月 日

ご利用サービス（ 入所 / 短期入所 / 訪問介護 ）

ふりがな ご利用者名						様
医療保険の種類	後期高齢 / 国民健康保険 / 社会保険 / 共済保険 / その他（ ）					
身体障害者手帳の有無	有 / 無					
介護保険負担割合証	1割 / 2割 / 3割					
介護保険負担限度額認定証	有（ 1段階 300円 / 2段階 390円 / 3段階 650円 ） / 無					
生活保護の有無	有（ 福祉事務所 ・ 担当CW ） / 無					
ご家族状況 （別居されている方も ご記入下さい）	ご氏名	年齢	続柄	ご住所・電話番号	主介護者に○	
				TEL:		
				TEL:		
				TEL:		
				TEL:		
				TEL:		
				TEL:		
ご結婚歴	既婚（配偶者の状況：健康 / 虚弱 / 病臥 / ご逝去） / 離婚 / 未婚					
子供の人数	有（ 名 内ご逝去 名 ） / 無					
現在の状況	①自宅 ②医療機関ご入院中 ③介護老人保健施設ご利用中 ④特養ご利用中 ⑤有料老人ホーム等（ ） ⑥その他					
世帯の形態	①一人暮らし ②ご夫婦のみ ③子供・親類と同居 ④その他（ ）					
経済状況(1ヶ月) (いくら位まで負担可能か)	月 万円ぐらいまでなら負担可能 ①年金にて負担 ②ご家族負担 ③生活保護費受給					
職 歴						
性 格						
趣 味						
嗜 好	お好きな物： 嫌いな物： 禁食： アレルギー： たばこ： 吸う（1日 本） / 吸わない お 酒： 飲む(頻度と種類) / 飲まない					

(記入者)

様

項 目	状 況					
食 事	食事摂取： 自立 一部介助 全介助 胃瘻					
	主食： 普通 ・ 粥 ・ 軟飯 ・ 重湯 ・ その他()					
	副食： 普通 ・ キザミ ・ 極キザミ ・ ミキサー ・ その他()					
	特食： Na g制限 kcal制限 ・ その他					
	禁食： ()					
	食事摂取量： 全量 ・ / ・ ほとんど摂取していない					
	嚥下状態： できる 見守り(介護側の指示を含む) できない					
洗 面	自立 一部介助 全介助					
更 衣	自立 一部介助 全介助					
入 浴	自立 一部介助 全介助 ・ 一般浴 ・ 機械浴 ・ リフト浴 ・ 清拭のみ					
排 泄(尿)	自立 一部介助 全介助 尿意 (有 ・ 時々 ・ 無)					
	①下着 ②紙パンツ ③オムツ *日中は *夜間は 留置カテーテル Fr (最終交換日) その他					
排 泄(便)	自立 一部介助 全介助 (トイレ ・ オムツ) 下剤の使用 (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 時々 ・ 無)					
寝返り	自立 一部介助 全介助					
起き上がり	自立 一部介助 全介助					
座位保持	自立 一部介助 全介助 不可能					
立ち上がり	自立 一部介助 全介助 不可能					
立位保持	自立 一部介助 全介助 不可能					
歩 行	自立 一部介助 全介助 不可能					
車椅子	移乗： 自立 一部介助 全介助 操作： 自立 一部介助 全介助					
階段昇降	自立 見守り 一部介助 全介助 行っていない					
義 歯	無 ・ 有(総入れ歯： 上 下 部分入れ歯： 上 下)					
視 力	普通 矯正(眼鏡等の使用) 弱視 全盲					
聴 力	普通 やや難聴 難聴(補聴器 有 ・ 無)					
言語障害	無 ・ 有					
意思疎通	可能 やや可能 不可能					
指 示	介護側の指示が通じる ・ 介護側の指示が時々通じる ・ 介護側の指示が通じない					
理 解	・毎日の日課を理解することが			できる	曖昧	できない
	・生年月日や年齢を答えることが			できる	曖昧	できない
	・直前に何をしていたか思い出すことが			できる	曖昧	できない
	・自分の名前を答えることが			できる	曖昧	できない
	・今の季節を理解することが			できる	曖昧	できない
	・自分がいる場所を答えることが			できる	曖昧	できない

ご利用時状況調査票3

(記入者)

ふりがな ご利用者名				
様				
項 目	状 況			
行 動	・物を盗られたなどと被害的になることが	ない	ときどきある	ある
	・作話をし、周囲に言いふらすことが	ない	ときどきある	ある
	・実際にはないものが見えたり、聞こえることが	ない	ときどきある	ある
	・泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	ない	ときどきある	ある
	・夜間不眠、昼夜の逆転が	ない	ときどきある	ある
	・暴言暴行が	ない	ときどきある	ある
	・しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	ない	ときどきある	ある
	・大声を出すことが	ない	ときどきある	ある
	・助言や介護に抵抗することが	ない	ときどきある	ある
	・目的もなく動き回ることが	ない	ときどきある	ある
	・「家に帰る」等と言い、落ち着きがないことが	ない	ときどきある	ある
	・外出すると、病院、施設、家等に一人で戻れなくなることが	ない	ときどきある	ある
	・一人で外に出たがり、目が離せないことが	ない	ときどきある	ある
	・色々な物を集めたり、無断で持ってくるものが	ない	ときどきある	ある
	・物や衣類を壊したり、破いたりすることが	ない	ときどきある	ある
	・不潔な行為を行うことが	ない	ときどきある	ある
	・食べられない物を口の中に入れることが	ない	ときどきある	ある
・周囲が迷惑している性的行動が	ない	ときどきある	ある	
特別な医療	☐ 点滴管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストマの処置 ☐ 酸素療法 ☐ 人口呼吸器 ☐ 気管切開処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養 ☐ モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度 等) ☐ 褥瘡の処置 (部位) ☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)			
心身の状態	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 認知症老人の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			
身体状況	身長	cm	体重	kg
他科受診	無 ・ 有 [☐ 内科 ☐ 外科 ☐ 精神科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他()] 処方内容 ()			
特記事項				

個人情報に関する使用承諾書

「介護老人保健施設 ジェロントピア菊華」、「ジェロントピア菊華 居宅介護支援相談室」、「ジェロントピア菊華 訪問介護サービスセンター」、「ジェロントピア菊華 福祉用具貸与サービス」、「コスモス通所介護サービスセンター」（以下施設といいます）において、下記目的の為個人情報が必要な場合、使用することを承諾いたします。

＜ 個人情報の利用目的 ＞

- ・ 介護サービスの提供及び介護サービス事業者等の連携
- ・ 医療機関への情報提供
- ・ 国民健康保険団体連合会及び公費負担にかかわる介護報酬請求のための事務
- ・ 当事業所の管理運営のための業務
- ・ 賠償責任保険などにかかわる介護に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届出
- ・ 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ・ 当施設内にて行われる介護実習等への協力
- ・ 介護サービスの質の向上を目的とした当事業所内でのサービス研究
- ・ 厚生労働省・東京都・江戸川区等の外部監査機関及び第三者評価機構等への情報提供
- ・ 火災等の緊急時にいち早く消防隊等へ情報提供を行う為の事務室及び各居室におけるお客様氏名の掲示

上記個人情報について、施設が管理・使用することを承諾いたします。

また、承諾しがたい項目がある時は、別途その旨申し出ます。

介護老人保健施設ジェロントピア菊華	施設長殿
ジェロントピア菊華 居宅介護支援相談室	管理者殿
ジェロントピア菊華 訪問介護サービスセンター	管理者殿
ジェロントピア菊華 福祉用具貸与サービス	管理者殿
コスモス 通所介護サービスセンター	管理者殿

令和 年 月 日

お客様ご氏名 _____ 印 _____

(代理人ご氏名) _____ 印 _____