**入　所　申　込　書**

**（申込日　　　年　　　月　　　日）**

**医療法人　山　本　会**

**介護老人保健施設　シルバーケア日野**

**管理者　山本直子殿**

**住　所**

**氏　名**

**介護老人保健施設シルバーケア日野に入所を申し込みます。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **男・女** | **明大昭** | **年　　月　　日生** | **才** |
| **氏名** |  |
| **現住所** | **〒** | **電話** | **（　　　）　　－** |
| **現在の****介護度** | **要介護****１２３４５** | **認定有効期間****Ｈ　　　年　　　月　　　日　～　H　　　年　　　月　　　日** |
| **家　族****住　所** |  | **電話** | **（　　　）　　－** |
| **同居の****家族状況** | **続　柄** | **氏　　　名** | **年齢** | **職　　業** | **備　考** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **保証人** | **氏　　　名** | **住　　　所** | **電　　話** | **関係** |
|  |  | **（　　　）****－** |  |
| **現在の****療養状況** | **病院入院** | **（入院先の病院名）** |
| **自宅療養** | **（現在使用している介護サービス）****・訪問看護　　　　　　　・通所リハ****・訪問介護　　　　　　　・通所介護****・訪問入浴介護　　　　　・短期入所****・訪問リハ　　　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　）** |
| **担当ケアマネ** | **（所属：　　　　　　　　　　）（ケアマネ氏名：　　　　　　　　　）** |

* **保証人とは、緊急時の連絡先を書いて下さい。**

**入所時アセスメント票**

* **該当するものに○印をつけて下さい。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **身体の****状況** | **視　　力** | **1．ほぼ普通　　　2．見えにくい　　　3．ほとんど見えない** |
| **聴　　力** | **1．ほぼ普通　　　2．聞えにくい　　　3．ほとんど聞こえない** |
| **言　　語** | **1．ほぼ普通　　　2．少し不自由　　　3．不自由** |
| **おむつの使用** | **1．していない　　2．夜だけする　　　3．昼夜する** |
| **車椅子の使用** | **1．していない　　2．使用している** |
| **日常****生活** | **歩　　行** | **1．自分****2．介助（一部・全部）** | **排　　便** | **1．自分****2．介助（一部・全部）** |
| **寝がえり** | **1．自分****2．介助（一部・全部）** | **食　　事** | **1．自分****2．介助（一部・全部）** |
| **起き上がり** | **1．自分****2．介助（一部・全部）** | **入　　浴** | **1．自分****2．介助（一部・全部）** |
| **立ち上がり** | **1．自分****2．介助（一部・全部）** | **着替え** | **1．自分****2．介助（一部・全部）** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **利用料の支払い方法** | **全額自己負担** | **一部家族負担** | **全額家族負担** |
| **居室の希望** | **個室** | **２人部屋** | **４人部屋** |
| **自宅復帰について** | **本人は希望** | **家族は希望** | **できるだけ長く　　　入所していたい** |
| **お盆・お正月の一時帰宅** | **可　　能** | **不　　可** |  |

**（施設使用欄）**