

医療法人小林病院 介護老人保健施設水之尾利用申込書

ご提出日 20 年 月 日

利用者	フリガナ		生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	氏名	様	年齢	歳	性別	男・女
	住所	〒 -	電話	()		
申込者	フリガナ		続柄			
	氏名	様	電話	()		
	住所	〒 -	携帯電話			
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 入院中 (20 年 月 日～) 【病院名: _____】					
	<input type="checkbox"/> 入所中 (20 年 月 日～) 【施設名: _____】					
	<input type="checkbox"/> 自宅 【居宅介護支援事業者名: _____ 担当: _____ 様】					
希望サービス <small>*複数選択可</small>	<input type="checkbox"/> 入所					
	希望棟	<input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 認知症専門棟 <input type="checkbox"/> どちらでも				
	希望時期	<input type="checkbox"/> すぐ <input type="checkbox"/> 何かあった時 <input type="checkbox"/> 20 年 月頃				
	希望期間	<input type="checkbox"/> 夏場・冬場だけ <input type="checkbox"/> 1年に1回在宅介護 <input type="checkbox"/> 2年に1回在宅介護 <input type="checkbox"/> できるだけ長く <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	他施設申し込み	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 【施設名: _____】				
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (ショートステイ)					
	利用頻度	<input type="checkbox"/> 毎月利用 <input type="checkbox"/> 何かあった時 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション					
	希望曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 *土日、年末年始休み。祝日は通常営業。				
	希望回数	<input type="checkbox"/> 週 (_____)回 <input type="checkbox"/> 様子を見て増やしたい。				
希望サービス	<input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 個別リハビリテーション <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> トレーニング <input type="checkbox"/> レクリエーション					
昼のお薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 (食前・食後・その他) <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬					
介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中		被保険者番号		
	認定年月日	令和 年 月 日		保険者番号		
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			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		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有り 【食費負担額 (_____)円】			

家族構成 (利用者 の同居者 及び利用者 の子は 全員記 入)	氏名	年齢	続柄	職業	同居・別居	居住市区町村	
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
医療 (1)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル						
	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()						
医療 (2)	眼科通院歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 現在、通院中 <input type="checkbox"/> 以前、手術した <input type="checkbox"/> 以前、通院した <input type="checkbox"/> 現在、検討中					
	皮膚科通院歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 現在、通院中 <input type="checkbox"/> 以前、手術した <input type="checkbox"/> 以前、通院した <input type="checkbox"/> 現在、検討中					
	精神科通院歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 現在、通院中 <input type="checkbox"/> 以前、手術した <input type="checkbox"/> 以前、通院した <input type="checkbox"/> 現在、検討中					
過去の 入院歴	入院年月	病名	病院名	退院年月			
	年 月頃		病院	年 月頃			
	年 月頃		病院	年 月頃			
	年 月頃		病院	年 月頃			
	年 月頃		病院	年 月頃			
	年 月頃		病院	年 月頃			
要望 ・ 心配事 ・ リハビリ	利用者	要望・ 心配事					* 意思確認困難時は未記入可
		リハビリ					* 意思確認困難時は未記入可
	申込者	要望・ 心配事					
		リハビリ					
生活歴 ・ 趣味等	出身地		性格				
	趣味 (若い頃含む)		職歴				
	好きな食べ物		嫌いな食べ物				
	好きな歌手・芸人・ スポーツ選手						
	会話のきっかけ ・ 喜ぶ話題						

在宅復帰 検討項目	初めて介護保険を 申請した時期等	平成・令和 年 月頃【認定結果：要支援1・2/要介護1・2・3・4・5】
	主に介護する方の 体調	<input type="checkbox"/> 特に問題無し <input type="checkbox"/> 通院加療中 <input type="checkbox"/> 体調がよくない <input type="checkbox"/> 入院中
	住宅	<input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> 貸家 <input type="checkbox"/> アパート（ ）階 <input type="checkbox"/> マンション（ ）階
	玄関から道までの 段差	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（ ）段
	本人就寝場所	<input type="checkbox"/> 1階居室 <input type="checkbox"/> 2階居室 <input type="checkbox"/> リビング <input type="checkbox"/> その他（ ）
	本人が日中主に 過ごす場所	<input type="checkbox"/> 1階居室 <input type="checkbox"/> 2階居室 <input type="checkbox"/> リビング <input type="checkbox"/> その他（ ）
	本人就寝場所から トイレまでの距離	<input type="checkbox"/> 約（ ）m
	トイレ内の手摺り 有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
	浴室手摺り有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
	玄関手摺り有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
	自宅内転倒歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（転倒場所： 転倒回数（ ）回）
火の不始末	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（場所： ）	
申し込み時 に参考した こと (複数可)	<input type="checkbox"/> 小林病院の紹介 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 評判 <input type="checkbox"/> 料金 <input type="checkbox"/> 医師常勤 <input type="checkbox"/> 24時間看護師常駐 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 自宅からの距離 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
その他	ご意見・ご要望・ご質問等ございましたらご記入ください。	

個人情報の使用同意

<当施設での個人情報の使用目的>

施設サービス（入所、短期入所療養介護、通所リハビリテーション）を介護保険法令、個人情報保護法、その他諸法令のもと、円滑に提供することを目的として使用します。

<使用する内容>

○サービス提供（当施設でのサービス提供全般、他施設・他機関・医療機関との連携や助言、ご家族様等への状態説明）

○料金請求事務（利用の管理、会計、経理、審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関及び保険者からの照会に対する回答）

○当施設の管理・運営業務（医療・介護サービスや業務維持・改善のための資料、学生及びボランティアへの実習協力、広報誌、ホームページ、写真や作品掲示、SNS、事例検討や事例研究）

○外部への情報提供（診療等にあたり外部の意思に意見・助言を求める場合、病院受診時の担当医への情報提供、居宅介護支援事業者及び病院、診療所、介護施設、福祉施設、行政等の関連期間との連携、損害賠償保険などに係る保険会社等への相談及び届け出、外部監査期間への情報提供、当施設利用における事故及び苦情報告）

利用者及び申込者等の個人情報については、上記に記載する必要最小限の範囲で、初回お問合せ時又は初回面談時（20 年 月 日）から使用する事に同意します。

緊急時の連絡先

20 年 月 日現在

利用者		様	生年月日	T・S	年	月	日
-----	--	---	------	-----	---	---	---

(注) この書類は、「介護老人保健施設水之尾(入所・短期入所療養介護・通所リハビリテーション)サービス契約書」の緊急時の対応に基づく緊急連絡先になりますので、必ずご家族様自身でコピーを取り、ご自宅で大切に保管して頂きますようお願いいたします。①番の方から順番に連絡します。できる限り2～3名ご記入ください。

①	氏名	続柄 ()	携帯電話	
	住所	〒 -	勤務先	
	自宅電話	()	勤務先電話	()
②	氏名	続柄 ()	携帯電話	
	住所	〒 -	勤務先	
	自宅電話	()	勤務先電話	()
③	氏名	続柄 ()	携帯電話	
	住所	〒 -	勤務先	
	自宅電話	()	勤務先電話	()
事故発生時の 連絡希望内容	当施設では、転倒、転落、誤飲、誤薬、離脱等の事故があった際は、受診を要した場合はご家族様に連絡していますが、外傷が無い場合、かすり傷、受診の必要性が無いと判断した事故については連絡していません。事故や体調等で連絡を希望する事項がありましたらご記入ください。			

下記は通所リハビリテーション・短期入所療養介護（ショートステイ）利用希望の方のみ記入
 当施設ご利用中に体調不良になられた場合、ご家族様に連絡し、通院希望か自宅待機希望かをお尋ねします。
通院希望の場合は、ご家族様から直接病院に問い合わせをお願いします。また、ご家族様に連絡が取れない場合は主治医または病院に連絡させて頂く場合や、人命を第一に当施設及び救急隊が探した病院へ搬送させて頂く場合があります。

★訪問診療や訪問看護をご利用中の方で、当施設から問い合わせが可能な場合は連絡先をご記入下さい。

訪問看護事業所名	担当者名	職種	電話番号
	様		()

★万が一、急変時等に上記「緊急時の連絡先」のご家族様等に連絡がつかない場合、下記の主治医または病院に連絡する可能性がありますのでご記入下さい。

病院・診療所名	医師名	診療科	電話番号
第一 連絡	先生	科	()
第二 連絡	先生	科	()