（　介護老人保健施設入所　・　短期入所療養介護　・　通所リハビリテーション　）

介護老人保健施設「しょうわ」　利用申込書

令和　　年　　月　　日

特定医療法人　荘和会

介護老人保健施設「しょうわ」

施設長　菅原　和弘　様

申込者		関係	
住　所	〒		
電　話 携帯番号			

貴施設の利用を希望いたしますので、関係書類を添えて申し込みいたします。

ふりがな 利用者 氏　名		男 ・ 女	T・S・H 年　　月　　日生	歳	家族構成	1 一人暮らし 2 高齢者世帯 3 同居家族有
住　所	〒　　※申込者と住所が同じ場合はご記入不要です					

利用の目的	※該当番号を〇で囲んでください。 1.　機能訓練を受け機能を回復したい。　　2.　退院・退所後の在宅ケア準備のため。 3.　在宅での生活が困難なため（ 住宅設備が整っていない ・ 介護者がいない ） 4.　その他　【　　】
現在の居住地	※該当する項目の□に☑をつけて下さい　（以下、□についても同様） □在宅生活中　　□入　院　中(病院名　　) □施設入所中(施設名　　)
入所希望月	月　（上旬・中旬・下旬）　　□いつでもよい
退所後の方向	□家庭復帰できる　□心身機能の回復、環境整備の状況により在宅復帰を考えたい □家庭復帰不可（　□他施設へ　・　□特養へ　）　　□わからない
退所月	令和　　年　　月まで

	氏　名	年齢	関係	職業	《家族構成図》
関係家族状況					

身元引受人	氏名　　関係（　　）住所　　連絡先

介　護 保険証	保険者番号	被保険者番号	要介護状態区分
			1　2　3　4　5　申請中
	認定有効期間　平成・令和　　年　　月　　日から　令和　　年　　月　　日		

【関係提出書類】

①しょうわ指定診断書 ②介護保険被保険者証

③介護保険負担割合証 ④お薬手帳(コピー可)

【お願い】

・申込書受理後、定期的に状況確認をさせていただくことがあります。

・申し込み後、記載内容に変更のあった場合はお知らせ下さい。

【本人の健康状態】

記入者	※記入者が申込者の場合はご記載不要です

①かかりつけの医師	医療機関名	（1）	（2）	（3）
	医師の氏名	（1）	（2）	（3）

②現在診療状況 受診(有 ・ 無)	内科・精神科・外科・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・歯科 その他【　　】

既／現	発症日	病　名	治療状況等(入院・通院)	医療機関等	現在の処方薬

④日常の生活状況 （該当する番号に〇印を記入）	視　力	1.普通	2.ある程度見える	3.ほとんど見えない
	聴　力	1.普通	2.ある程度聞こえる	3.ほとんど聞こえない
	意思疎通	1.普通	2.ある程度通じる	3.ほとんど通じない
	移　動	1.歩行可能	2．歩行器具使用	3．車椅子使用
	食　事	1.一人でできる	2.手伝いが必要	3.一人ではできない
	排　泄	1.トイレ使用可能	2.ポータブルトイレ使用	3.オムツ使用
	入　浴	1.一人でできる	2.手伝いが必要	3.一人ではできない
	着替え	1.一人でできる	2.手伝いが必要	3.一人ではできない
	整　容	1.一人でできる	2.手伝いが必要	3.一人ではできない

⑤気分と行動	※日常生活において該当する行動がありましたら□に☑をつけて下さい □ひどい物忘れがある　□泣いたり、笑ったり感情が不安定になることがある □興味を持っていた活動をしなくなった　□助言や介護に抵抗することがある □物を盗られたなどと被害的になることがある　□暴言や暴行がある □夜間不眠あるいは昼夜逆転がある　□外出して自宅へ戻れないことがある □火の始末や管理ができないことがある　□不潔な行為が（時々・いつも）ある <その他の問題点や特記事項> 【　　】

同意書	1．介護保険・施設サービスを円滑に提供するための、市町村、担当ケアマネージャー、介護保険サービス関係者等との情報収集や連携、また、学会・会議・研修会等、サービスの資質の向上を図ることを目的として、それぞれ施設が必要最小限の範囲で個人情報を使用することについて同意いたします。 2．私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの流れについて、支援相談員又は介護支援専門員等から説明を受けました。 3．入所のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 令和　　年　　月　　日 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿