

介護老人保健施設 にじの丘足柄 利用申込書

☐ 入所 ☐ 短期入所（ショートステイ）
☐ 通所リハビリ ☐ 訪問リハビリ

申請日	年 月 日
利用区分	☐ 新規利用
	☐ 再利用 (回目)

利 用 希 望 者	フリガナ		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日 生	
	氏 名				(歳)	
	住 所	〒			TEL ()	
	現在の居場所	☐ 自宅 ☐ 病院 (名称:) ☐ 他施設 (名称:) ☐ その他 ()				
	要介護区分	☐ 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				
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			☐ 申請中 ☐ 区分変更中 (申請日 年 月 日)	
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名		事業所名		TEL () -
	健康保険証	☐ 後期高齢者医療 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生活保護 (担当ワーカー名)				
	身体・精神障害者手帳	☐ 無 ☐ 有 (種 級 障害名:)				
	その他 保険者証	☐ 無 ☐ 有 (☐ 県障 ☐ 自立支援医療【更生・精神】 ☐ 特定疾病)				
介護保険負担額認定証	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 有 (☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階)					
収入 (年金など)	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ 遺族年金 ☐ その他 () 1ヶ月 円 くらい					

申 込 者	フリガナ		男 ・ 女	年齢	続柄	職業
	氏 名					
	住 所	〒 -	自宅	()		
			携帯	()		

緊急時連絡先	氏名	続柄	年齢	同居別居	住所	電話番号	
	(□申請者と同じ)				〒 ー	自宅	()
						携帯	()
	②				〒 ー	自宅	()
携帯						()	

家族構成 ※子供や緊急連絡先になる親族等を記入 ※本人は ☐ ☒ ☐ ◎か、回 ☐ 男性 ☐ 女性 / 同居者を囲って下さい	ご家族の在宅状況		現在利用中のサービス	
	☐ 家族が必ず在宅	☐ デイサービス（事業所名： 週 回）		☐ デイケア（事業所名： 週 回）
		☐ ときどき一人になる		☐ 訪問介護（事業所名： 週 回） ☐ 訪問看護（事業所名： 週 回）
	☐ 日中ほとんど一人	☐ ショートステイ（事業所名： 月 回）		☐ 福祉用具（事業所名： ）
		☐ 独居のため誰もいない	（車いす・歩行器・シルバーカー・杖・ベッド・その他 ）	
	☐ その他			

	通所リハ	利用回数	☐ 週に1回 ☐ 週に2回 ☐ 週に3回 (希望曜日:)		
		入浴希望	☐ 入浴あり ☐ 入浴なし		
		利用時間	☐ 1日 ☐ AM半日(お風呂あり・リハビリあり) ☐ PM半日(お風呂なし・リハビリあり)		
	ショートステイ	希望理由	☐ 介護者の休養 ☐ リハビリ ☐ その他 ()		
		希望部屋	☐ 従来型個室 ☐ 多床室 ☐ どちらでもよい		
		希望期間	☐ / ~ / 日間) ☐ いつでもよい(約 日間)		
		定期利用	☐ 定期的に利用希望 (約 ヶ月毎) ☐ 今回のみ利用希望 ☐ 必要時に利用		
	入所	希望理由	☐ リハビリ ☐ 介護者の休養 ☐ 在宅生活の継続困難 ☐ その他 ()		
		入所形態	☐ 一般入所 (1回のみ) ☐ 在宅復帰希望(数か月の定期利用)		
		希望部屋	☐ 多床室 ※(多床室に空きがない場合 ☐ 個室可 ☐ 短期であれば可) ☐ 従来型個室 ☐ どちらでも		
		開始時期	☐ すぐに利用したい ☐ 年 月 頃から ☐ 退院後 / 頃から		
		申請中の施設	☐ 申し込んでいる ☐ していない ☐ これから申し込む		
			☐ 介護老人保健施設(ヶ所) ☐ 特別養護老人ホーム(ヶ所) ☐ 有料老人ホーム ☐ その他() 施設名()		
	リハビリ実施について望む事(具体的にご記入ください)※必須				
	●ご本人の希望 ●ご家族の希望				

ご本人の生活状況などをご記入ください

趣味や特技	職業	性格	飲酒
			喫煙

※入所をご希望の方のみ、下記の項目は必ずご記入ください

在宅復帰に関して	在宅復帰をする為の課題	☐ 本人の身体、認知機能 ☐ 家族の介護力 ☐ 住宅の構造上
		(具体的な内容:)
		☐ その他 ()
	どのような状態であれば暮らせるか	☐ 歩けるようになってから ☐ トイレが自分でできる ☐ 食事が自分でできる
		☐ 安定した体調で過ごせる ☐ 身の回りのことができる(内容:)
		☐ その他 ()

同意書	介護保険施設への入所順位決定のため必要な範囲において、入所希望者と家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から提供することに同意します。	
	年 月 日	
	入所希望者氏名 _____ 印	
	申込者氏名 _____ 印	

記入例

介護老人保健施設 にじの丘足柄 利用申込書

- ☒ 入所 ☒ 短期入所（ショートステイ）
☐ 通所リハビリ ☐ 訪問リハビリ

申請日 2025年5月1日

利用区分 ☒ 新規利用
☐ 再利用（ 回目）

利用者希望	フリガナ	にじの たろう		男	明治	10年10月10日生	
	氏名	虹野 太郎		女	大正	(× × 歳)	
	住所	〒250 - 0113 南足柄市岩原 × × × TEL 0465 (70) 2222					
	現在の居場所	☐ 自宅 ☒ 病院（名称：丹羽病院） ☐ 他施設（名称： ） ☐ その他（ ）					
	要介護区分	☐ 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					
	有効期間	令和 × 年 × 月 × 日 ~ × 年 × 月 × 日				☐ 申請中 ☐ 区分変更中（申請日 年 月 日）	
	居宅・病院	担当 ケアマネ・ワーカー名	事業所名		TEL () —		
	健康保険証	☒ 後期高齢者医療 ☐ 国保 ☐ 社保 ☐ 生活保護（担当ワーカー名 ）					
	身体・精神障害者手帳	☒ 無 ☐ 有 （ 種 級 障害名： ）					
	その他 保険者証	☒ 無 ☐ 有 （ ☐ 県障 ☐ 自立支援医療【更生・精神】 ☐ 特定疾病 ）					
申込者	介護保険負担額認定証	☐ 無 ☐ 申請中 ☒ 有 （ ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☒ 第3段階 ）					
	収入（年金など）	☐ 国民年金 ☒ 厚生年金 ☐ 共済年金 ☐ 遺族年金 ☐ その他（ ） 1ヶ月 × × × × × 円 くらい					
申込者	フリガナ	にじの はなこ		男	年齢	続柄	職業
	氏名	虹野 花子		女	× ×	× ×	× ×
	住所	〒 250 - 0113 南足柄市岩原 × × ×		自宅	× × × × (× ×) × × × ×		携帯
緊急時連絡先	氏名	続柄	年齢	同居 別居	住所	電話番号	
	(□申請者と同じ)	長男	× ×	同居	〒 — 同上	自宅	()
	① 虹野 次郎					携帯	× × × (× × × ×) × × × ×
	②				〒 —	自宅	()
家族構成	※子供や緊急連絡先になる親族等を記入			ご家族の在宅状況		現在利用中のサービス	
	※本人は ☐ ☒ ☐ ◎か、回			☐ 家族が必ず在宅		☐ デイサービス（事業所名： 週 回）	
				☐ ときどき一人になる		☐ デイケア（事業所名： 週 回）	
				☐ 日中ほとんど一人		☐ 訪問介護（事業所名： 週 回）	
				☒ ショートステイ（事業所名： にじの丘足柄月3回）		☐ 訪問看護（事業所名： 週 回）	
				☐ 福祉用具（事業所名： ）		☐ 福祉用具（事業所名： ）	
□男性 ○女性 / 同居者を囲って下さい			☐ 独居のため誰もいない		(車いす・歩行器・シルバーカー・杖・ベッド・その他)		
			☐ その他		☐ その他		

	通所リハ	利用回数	☐ 週に1回 ☒ 週に2回 ☐ 週に3回 (希望曜日:)	
		入浴希望	☒ 入浴あり ☐ 入浴なし	
		利用時間	☐ 1日 ☒ AM半日(お風呂あり・リハビリあり) ☐ PM半日(お風呂なし・リハビリあり)	
	ショートステイ	希望理由	☒ 介護者の休養 ☒ リハビリ ☐ その他()	
		希望部屋	☐ 従来型個室 ☐ 多床室 ☒ どちらでもよい	
		希望期間	☐ / ~ / 日間) ☒ いつでもよい(約 5 日間)	
	入所	定期利用	☒ 定期的に利用希望 (約 ヶ月毎) ☐ 今回のみ利用希望 ☐ 必要時に利用	
		希望理由	☐ リハビリ ☒ 介護者の休養 ☐ 在宅生活の継続困難 ☐ その他()	
		入所形態	☐ 一般入所 (1回のみ) ☒ 在宅復帰希望(数か月の定期利用)	
		希望部屋	☒ 多床室 ※(多床室に空きがない場合 ☐ 個室可 ☒ 短期であれば可) ☐ 従来型個室 ☐ どちらでも	
開始時期		☒ すぐに利用したい ☐ 年 月 頃から ☐ 退院後 / 頃から		
申請中の施設	申請中	☒ 申し込んでいる ☐ していない ☐ これから申し込む		
	の施設	☐ 介護老人保健施設(ヶ所) ☒ 特別養護老人ホーム(1 ヶ所) ☐ 有料老人ホーム		
		☐ その他() 施設名()		

リハビリ実施について望む事(具体的にご記入ください)※必須

●ご本人の希望

●ご家族の希望

トイレに行きたい

1人でトイレに行けるようになってほしい

散歩に行きたい

一緒に散歩に行きたい

買い物に行きたい

ご本人の生活状況などをご記入ください

趣味や特技	職業	性格	飲酒
			喫煙

※入所をご希望の方のみ、下記の項目は必ずご記入ください

在宅復帰に関して	在宅復帰をする為の課題	☒ 本人の身体、認知機能 ☐ 家族の介護力 ☒ 住宅の構造上
		(具体的な内容: 家の中に段差があり車椅子の生活が難しいため 歩行出来るようになって欲しい)
		☐ その他()
	どのような状態であれば暮らせるか	☒ 歩けるようになってから ☒ トイレが自分でできる ☐ 食事が自分でできる
		☐ 安定した体調で過ごせる ☐ 身の回りのことができる(内容:)
☐ その他()		

同意書	介護保険施設への入所順位決定のため必要な範囲において、入所希望者と家族に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から提供することに同意します。	
	年 月 日	入所希望者氏名 _____ 印
		申込者氏名 _____ 印

日常生活動作能力調査表

利用者氏名 _____ 様

※あてはまる箇所に○をつけて下さい。

(NO.1)

食事	自分でできる ・箸 ・スプーン ・フォーク	だいたいできる 食べこぼし 有 ・ 無	手伝っている 〔口までもっていけば 食べられる〕	食べられない	入れ歯 有→ 上 ・ 下 無 一部分
食べ物の 形態	普通食	お粥	きざみ食	流動食	経管栄養
禁止食品					
嫌いな食べ物					
飲み物	自分で飲める ・コップ ・ストロー ・吸い飲み	手伝っている 〔口までもっていけば 飲める〕	飲む事ができない ・むせが多い ・飲めない	とろみ剤 有 ・ 無	
排泄	自分でできる ・尿器の使用 有 ・ 無	ポータブルトイレ ・自力 ・夜のみ	決まった時間に 声を掛けてトイレに 誘っている	紙パンツ オムツ ・一日中 ・夜のみ	便意 有 ・ 無 尿意 有 ・ 無
更衣 (上着)	自分でできる	着替えを用意 すればできる	一部手伝ってる	全部手伝っている	
更衣 (ズボン)	自分でできる	着替えを用意 すればできる	一部手伝ってる	全部手伝っている	
入浴	自分でできる	手伝っている ・浴槽の出入り ・髪を洗う ・身体を洗う	シャワーのみ 身体を拭いている	していない	入浴サービス利用
座位	支えがなくても 一人でできる	手すりにつかまれば 座ってられる	背もたれがあれば できる	できない	座位保持時間 分
車椅子	乗り移り、自操ともに 一人でできる	乗り移りだけ 手伝っている	全部手伝っている	使用していない	
歩行	一人で歩く事ができる	つかまりながら一人で 歩く事ができる	付添い、介助があれば 歩く事ができる	できない	歩行用具 杖・歩行器・押し車
聴力	よく聞こえる	大きな声で話せば 聞こえる	耳元で大きな声で 話せば聞こえる	聞こえない 右 ・ 左	補聴器 有 ・ 無
視力	新聞の文字が 見える	新聞の見出しが 見える	大きな文字は 見える	見えない 右 ・ 左	眼鏡 有 ・ 無
意志の疎通	日常会話が 充分可能	簡単な質問や 聞き直し等の工夫で 可能	ジェスチャー (うなずき等) や、 文字盤で伝達可能	できない	言語障害 有 ・ 無
ナースコールの 使用	できる	できることもある	できない	わからない	
ベット欄	使用していない		使用している⇒ 本		
認知症	有：行動で気になること 無				

※あてはまる箇所に○をつけて下さい。

(NO.2)

タバコは吸いますか	はい いいえ (1日 本)	物忘れをしますか	はい いいえ
お酒は飲みますか	はい いいえ	家族の名前がわかりますか	はい いいえ
金銭の管理はできますか	はい いいえ	自分の家がわかりますか	はい いいえ
夜はよく眠れますか	はい いいえ	妄想や幻想はありますか	はい いいえ
集団生活はできるほうですか	はい いいえ	大きな声を出したりしますか	はい いいえ
カッしたり、イライラすることはありますか	はい いいえ	暴力をふるうことがありますか	はい いいえ
自分の名前はわかりますか	はい いいえ	昼と夜を間違えますか	はい いいえ
自分の年齢はわかりますか	はい いいえ	一人でウロウロ歩き回りますか	はい いいえ
身長・体重をお書き下さい	身長 _____ cm 体重 _____ kg		
性格を簡単にお書きください			