

# 老人保健施設ビバ・フローラ ご利用相談申込書

※太線内にご記入ください

申し込み日		年	月	日	面談日		年	月	日	:	～
ご利用者	ふりがな				生年月日	M・T・S	年	月	日		
	氏名				性別	男・女	年齢			歳	
					電話番号	( )		-			
	住所	〒 -									
	健康保険	国保	社保	生保	後高 ( 割)	年金	国民 厚生 共済 遺族 恩給				
現在の居場所	自宅 病院 施設 その他 ( )					同居者	有 ・ 無				
主介護者	氏名				続柄			年齢	歳		
	住所	〒									
	電話番号	自宅 : ( )			-		携帯 : ( )		-		
ご相談者	氏名				続柄			年齢	歳		
	住所	〒									
	電話番号	自宅 : ( )			-		携帯 : ( )		-		
緊急連絡先	氏名 :			続柄 :		電話番号 : ( ) -					

※ご利用に関してご回答ください

利用種別	通所 (送迎希望 有/無) 短期入所 (1 4 日以内) 長期入所 (1 ~ 3 ヶ月以内)
利用目的	リハビリ 介護者休養 介護困難 その他 ( )
居室希望	4 人部屋 2 人部屋 個室 希望なし

※介護保険 (介護認定・要支援認定等結果) ※介護保険負担割合証

※介護保険負担限度額認定証

介護度	期間
	～
	～
	～

割合	期間
	～
	～
	～

段階	期間
	～
	～
	～

※支援事業者

支援事業者			
電話番号	( )	-	担当者

※利用者の身体の状況および日常生活についてお伺いします。(○印記入)

身体	耳	右	普通	少し不自由	不自由	全く聞こえない	
		左	普通	少し不自由	不自由	全く聞こえない	
	目	右	普通	少し不自由	不自由	全く見えない	
		左	普通	少し不自由	不自由	全く見えない	
	発語		普通	やや聞き取りにくい	聞き取りにくい	話せない	
	手	右	自由	少し不自由	不自由	麻痺（有・無）	
		左	自由	少し不自由	不自由	麻痺（有・無）	
	足	右	自由	少し不自由	不自由	麻痺（有・無）	
左		自由	少し不自由	不自由	麻痺（有・無）		
移動	手段		独歩（自立／介助）	杖歩行（自立／介助）	歩行器（自立／介助）	車椅子（自操／援助）	
食事	動作		自立	時間がかかるが自立	一部介助	全介助	
	形態	主食	常食	粥（全・七分・五分・三分）	ミキサー	胃ろう	
		副食	常食	各きざみ	ミキサー食		
	内容		<u>Kcal</u> ・ 減塩（ g ） ・ 貧血 <u>Hb</u> アレルギー（有・無）[ ] 嫌い[ ]				
排泄	動作		自立	要見守り	一部介助	全介助	立位（可・不可）
	オムツ	昼	非使用	パットのみ	パンツタイプ	包むタイプ	（前開き）
		夜	非使用	パットのみ	パンツタイプ	包むタイプ	（前開き）
	尿失禁	昼	ない	まれにある	時々ある	常にある	
		夜	ない	まれにある	時々ある	常にある	
便失禁		ない	まれにある	時々ある	常にある		
更衣	動作		自立	時間がかかるが自立	要見守り	一部介助	全介助
入浴	動作		自立	要見守り	一部介助	全介助	

※認知症等の症状や、ご本人の日常生活について注意すべき点等ご自由にご記入ください