



医療法人社団 大有会

介護老人保健施設 ドリームヒルズ滝山

利用申込の ご案内

ご利用につきましては、下記の書類の提出をお願い申し上げます。

1. 利用申込書

2. 診療情報提供書

ご利用までの流れ

1

書類提出

2

面談

事前に面談日を決定し、ご家族とご来所いただくか、こちらから訪問させていただきます。

3

利用判定会議

ご利用の可否の判定を行います。ご利用の場合は、ご利用開始日を連絡させていただきます。

4

利用契約

ご利用前に利用説明・事務手続きをさせていただきますのでご来所下さい。

5

利用開始



医療法人社団 大有会

介護老人保健施設 **ドリームヒルズ滝山** 利用申込書

ふりがな			男・女	明治・大正・昭和	
氏名				年	月 日 歳
住所	〒 -				
電話	()	携帯	()		
入所希望理由					
緊急連絡先 (身元引受人)	住所: 〒 -				
	氏名: (続柄)		電話番号:		
	会社名:		会社連絡先:		
	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先
家族構成 近親関係 すべて					
要介護認定	要支援()	要介護()	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日	
居宅支援 事業所	事業者名	(担当者:)		電話	()
	住所:				
現在の居場所	①在宅 ②病院入院中 ③他の施設等(施設名)				
主な収入	年金()	年金・月額	万円・その他収入	・月額	万円)
利用料の支払	①本人が支払う ②一部家族が支払う ③全額家族が支払う ②③の支払い家族氏名()続柄()				
既往歴					
かかりつけ	医療機関名		主治医		
医療機関	電話番号				
生活歴					

記載事項に相違ありません。

平成 年 月 日

確認者 _____ (印)

利用者氏名 :

様



身体状態	麻痺 : 有・無(右・左・上肢・下肢) 拘縮 : 有・無 変形 : 有・無 褥瘡 : 有・無 疼痛 : 有・無 身長 : cm 体重 : kg 体型 : 大柄・普通・小柄		生活環境	家庭環境 : 自家・借家 : 一軒家・マンション : アパート・公営住宅 : 階 / EV 有・無 生活空間 : 1階・2階 専有居室 有・無 トイレ : 洋式・和室・ポータブル : 手摺 有・無 浴室 : 埋め込み・据え置き・シャワー : 手摺 有・無 玄関周り : 手摺 有・無
	メンタル			精神状態 : NP・不安定・鬱傾向・反応少 認知症 : 無・軽度 中度・重度 問題行動 : 無・有() 性格 : ()
移動状況	走行 : 自立・介助用・不可能 : 見守りレベル・監視レベル : 独歩・杖 : 歩行器・シルバーカー 車椅子 : 自己操作 可能・不可能 : 自走式・介助式・リクライニング トランス : 自立・一部介助・全介助 座位保持 : 可能・不可能 起立 : 可能・介助要・不可能 起き上がり : 可能・介助要・不可能	排泄状態	能力 : 自立・一部介助・全介助 場所 : トイレ・ポータブル・ベット上 用品 : パンツ・リハパン・パット : オムツ・尿器・その他 夜間 : () 尿意 : 無・有 自訴・正確・不正確 便意 : 無・有 自訴・正確・不正確 便秘 : 無・有 内服・浣腸・摘便	
	食事状況		能力 : 自立・一部介助・全介助 方法 : 箸・スプーン・自助具 主食 : 米飯・軟・粥・おにぎり・パン 副食 : 普通・軟・刻み(大・小) 嚥下障害 : NP・困難・不可能 増粘剤 : 要・不要 ムセ + ・ - 治療食 : 無 有 () アレルギー : 無 有 () 義歯 : 無 有 () 場所 : ホール・居室・ベット	更衣
			入浴	自立・一部介助・全介助 一般浴・機械浴・シャワー
			睡眠	良眠・普通・浅い・不眠 眠剤・不要・随時・必要