社会福祉法人　さくら会　　令和　　年　　月　　日

介護サービス利用申込書

☐特別養護老人ホーム（ 風林荘 ）
☐地域密着型特別養護老人ホーム（ オアゾＳやましろ ・ 風林荘別館 ）
☐短期入所生活介護（ 風林荘 ・ 風林荘別館 ）　☐地域密着型グループホーム（風林荘）
☐地域密着型デイサービス（ オアゾＳやましろ ）　※希望にレ点を（複数可）

（フリガナ） 氏　名	様			歳　男・女 M・T・S　年　月　日生	
住　所	〒				
電話番号	（　　）				
世帯区分	☐一人暮らし　☐高齢者世帯　☐その他（　　）				
世帯状況	同居人氏名	性別	年齢	続柄	家族構成
主介護者	氏名：　様　続柄：　☐同居　☐別居				
	住所： ＴＥＬ：　携帯：	勤務先： ＴＥＬ：			
連絡先	名前：　様　続柄：				
	住所： ＴＥＬ：　携帯：				
要介護 認定情報	保険者：	被保険者番号：			
	☐要支援（　　）　☐要介護（　　）　☐申請中				
介護保険負担割合証	☐1 割負担　☐２割負担　☐３割負担				
介護保険負担限度額認定証	☐第１段階　☐第２段階　☐第３段階　☐第４段階				
身体障害者手帳	☐無　☐有（　種　級　障害名：　）				
医療保険	☐後期高齢者医　☐国保　☐健保　☐共済　☐生活保護				
年金保険	☐国民　☐厚生　☐その他（　　）　☐年収（　　万円）				
主治医	医療機関名：　担当医名：				
	住所： ＴＥＬ：				
在宅状況	担当介護支援専門員　氏　名：　様 事業所名：　ＴＥＬ：				
	待機場所：				
	サービス利用状況：				

※ 介護保険被保険者証（写）と介護保険負担割合証（写）を添付してください。
※ 介護保険負担限度額認定証を受けている方は写しを添付してください。
※ 申込み内容に変更が生じた場合は、ご連絡をお願い致します。

受領確認

別紙

利用申込者現況

病　名	
視　力	□普通　□見えにくい（右・左）　□全盲　□視野狭窄（右・左） ＊眼鏡使用（ 有 ・ 無 ）　□他（　　）
聴　力	□普通　□やや難聴（右・左）　□難聴（右・左）　□全ろう ＊補聴器使用（ 有 ・ 無 ）　□他（　　）
言　葉	□普通　□少し不自由　□不自由
移　動	□独歩　□杖　□歩行器　□シルバーカー　□車椅子　□装具使用
	□自立　□一部介助　□全介助 車椅子移乗方法：□自力で乗車　□一部介助で乗車　□全介助にて乗車
食　事	□自立　□時間はかかるが自立　□一部介助　□全介助 食具：□箸　□スプーン　□フォーク　□その他（　　）
	主食：□ご飯　□軟米　□お粥　□ミキサー食　□ゼリー食 副食：□常菜　□一口大　□刻み　□ミキサー食　□ゼリー食 □経管栄養　□他（　　） ＊自歯（ 有 ・ 無 ）　＊義歯（ 無 ・ 上 ・ 下 ・ 一部 ） □塩分制限　g　□カロリー制限　Kcal ＊身長：　cm　＊体重：　Kg
尿便意	□ある　□はっきりしない　□ない　□頻尿
排　泄	□自立　□一部介助（　　）　□全介助 トイレ種類：□洋式　□和式　□ポータブルトイレ　□尿器　□便器 □オムツ　□リハビリパンツ　□尿取りパッド □留置カテーテル　□ストマ
更　衣	□自立　□時間はかかるが自立　□一部介助（　　） □全介助　□他（　　）
入　浴	□自立　□一部介助（　　）　□全介助
	□自宅　□訪問入浴　□訪問介護　□通所介護 / 通所リハビリ 浴槽種類：□一般浴　□中間浴　□特浴
睡眠状態	□良眠　□不眠傾向　□眠剤服用　□ベッド　□布団
認知症状	
趣味・生活の楽しみ	
要　望	

＊この情報は、サービス利用検討以外の目的での使用は致しません。

健 康 診 断 証 明 書

社会福祉法人さくら会

氏名　　様	性別	男・女	生年月日	M・T・S　年　月　日
住所				年齢　歳

疾患名		投薬	
既往歴及び現症			

身長　cm	体重　kg	認知症：無 ・ 有（脳血管性 ・ アルツハイマー ・ その他） 症状：
血圧　／	尿	蛋白質（　　）　糖（　　）　潜血（　　）

検査成績	胸部x-p所見	撮影日　令和　年　月　日	心電図所見	検査日　令和　年　月　日

血液検査	白血球：	T･P：	BUN：	CL：
	赤血球：	アルブミン：	クレアチニン：	Fe：
	血色素：	GOT：	尿酸：	血糖：
	血小板：	GPT：	Na：	HbA1c：
	血液型：	γ-GTP：	K ：	※採血データ添付時は記載不要
感染症	HBs（陰性・陽性）	HCV（陰性・陽性）	皮膚疾患：　有 ・ 無	
	MRSA（ ― ・ ＋ ・ ＋＋ ）部位：		病名：	
	その他感染：		褥瘡：有 ・ 無　部位：	

食事	普通食 ・ 療養食〔　　〕
入浴の適否：適 ・ 否（　　）	集団生活：　適 ・ 否

留意事項：

上記の通り相違ないことを証明する。

令和　年　月　日　医療機関　所在地

名称

医師