

# グループホームアネシス西宮 利用申込書

(GH入居・認知デイ・ショートステイ)

記入日：平成 年 月 日

記入者：

フリガナ		性別	生年月日	年齢
利用者氏名		男・女	M・T・S 年 月 日	歳
住所	〒 _____ 電話番号： ( )			
申込者氏名		住所連絡先	〒 _____ 電話番号： ( )	
緊急時連絡先	連絡者氏名(続柄)		電話番号	
	連絡者氏名(続柄)		電話番号	

利用希望サービス(複数回答可)

①グループホーム入居 ②共用型認知症デイサービス(送迎・入浴・延長) ③ショートステイ

利用希望理由

\_\_\_\_\_

現在の状況

① 自宅 (同居者 有・無) ② 入院中 (病院名 \_\_\_\_\_)

③ 施設入所中 (施設名 \_\_\_\_\_) ④ その他( \_\_\_\_\_)

家族状況	氏名	続柄	同居・別居	連絡先	自宅近隣図
			(同・別)		
			(同・別)		
			(同・別)		

介護保険情報	要介護認定区分	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			
	認定有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日			
	居宅介護支援事業所		電話番号		
	担当ケアマネジャー		FAX番号		

疾患情報	疾患名	時期	状況	疾患名	時期	状況
		年 月頃	(完治・治療中)		年 月頃	(完治・治療中)
		年 月頃	(完治・治療中)		年 月頃	(完治・治療中)
		年 月頃	(完治・治療中)		年 月頃	(完治・治療中)
主治医連絡先(緊急時の対応など、ご相談をさせていただくことがあります。)						
	病院名		医師名		電話	
	病院名		医師名		電話	

申込状況	特別養護老人ホーム ( _____ )	※現在申し込みをされている施設がありましたらご記入下さい。 受付日( 年 月 日 ) 受付者( _____ )
	介護老人保健施設 ( _____ )	
	グループホーム ( _____ )	
	その他 ( _____ )	

通所介護デイサービス利用申込書(要介護) 記入日:平成 年 月 日

※太枠内をもしもなくご記入下さい

フリガナ		性別 男・女	年齢	歳	記入者;	
氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日
住所	〒 電話番号; ( )					
要介護区分	1・2・3・4・5	認定期間	H	年	月	日 ~ H 年 月 日
居宅介護支援事業所					電話;	( )
担当ケアマネージャー					FAX;	( )
疾患情報	主疾患; 年 月頃			他疾患;		
主治医連絡先(緊急時の対応など、ご相談をさせていただくことがあります。)						
病院名	医師名			電話番号		
利用を希望された理由;						
利用希望日 時間帯の <input type="checkbox"/> にレ印	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	<input type="checkbox"/> 1部制	<input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部	<input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部	<input type="checkbox"/> 1部制	<input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部	<input type="checkbox"/> 1部制
同居者 及び 近隣家族	氏名		続柄	連絡先		緊急時連絡先
						電話番号
ご自宅近隣図			入浴希望の有無 《希望します・希望しません》 ※入浴はご自宅で入浴困難な方に限ります。 ※入浴される場合は1部制のご利用となります。			
※以下は記入しないで下さい 受付者氏名 受付年月日 平成 年 月 日( ) 面接予定日 平成 年 月 日( )						

介護予防通所介護デイサービス利用申込書  
(要支援)

記入日:平成 年 月 日

※太枠内をもれなくご記入下さい

フリガナ		性別 男・女	年齢 歳	記入者;
氏名		生年月日 M・T・S	年 月 日	
住所	〒 電話番号: ( )			
同居者 及び 近隣家族	氏名	続柄	連絡先	緊急時連絡先 連絡相手
				電話番号
認定区分	要支援1・2	認定期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日	
地域包括支援センター			電話:	( )
担当者			FAX:	( )
※地域包括支援センターより居宅介護支援事業所へ委託されている場合以下ご記入下さい。				
居宅介護支援事業所			電話:	( )
担当ケアマネージャー			FAX:	( )
疾患 情報	主疾患; 年 月頃		他疾患;	
	主治医連絡先(緊急時の対応など、ご相談をさせていただくことがあります。)			
病院名	医師名	電話番号		
利用を希望された理由;				
利用希望日 時間帯の □にレ印	火曜日 <input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部	水曜日 <input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部	金曜日 <input type="checkbox"/> 午前の部 <input type="checkbox"/> 午後の部	※原則として、要支援1の方は週1回、要支援2の方は週2回までの登録が可能です。
ご自宅近隣図		※以下は記入しないで下さい 受付者氏名 受付年月日 平成 年 月 日( ) 面接予定日 平成 年 月 日( )		

# パワーリハビリテーション参加申込書

平成 年 月 日

氏名	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女
連絡先	(電話) — —				
緊急 連絡先 1	氏名	続柄	緊急 連絡先 2	氏名	続柄
	(電話)	— —		(電話)	— —
<p>要介護認定の状況(該当するところを○で囲んでください)</p> <p>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</p>					

※ この参加申込書は、パワーリハビリテーションのトレーニングに必要な健康状態をご記入いただくものです。記載された個人情報は、別途ご記入いただいている『個人情報取り扱いに関する同意書』に基づき、本事業所の目的以外に使用いたしません。適切なサービス提供のためにもご協力をお願い致します。  
 なお、健康状態によっては、医師などから必要な情報を提供していただく場合がありますのであらかじめご了承下さい。

あなたの健康状態について伺います(該当するところを○で囲んでください)

1. 今までかかった病気はありますか？ ( ある ・ ない )  
 病名… 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 高血圧 ・ 不整脈  
 心電図異常 ・ 骨粗鬆症 ・ その他( )
2. 現在治療中の病気はありますか？ ( ある ・ ない )  
 病名… 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 高血圧 ・ 不整脈  
 心電図異常 ・ 骨粗鬆症 ・ その他( )
3. 現在のんでいる薬はありますか？ ( ある ・ ない )

朝	
昼	
晩	

4. 現在動かしにくいところがありますか？ (ある・ない)

それはどこですか？

5. かかりつけの医師についてご記入下さい

病院名  
医師名  
連絡先

6. かかりつけの医師から日常生活上の活動について注意を受けていますか？

あれば詳しくご記入下さい

7. 最近6ヶ月以内に次のことがありましたか？

- ①心臓発作が (あった・なかった)
- ②脳卒中の発作(軽いものも含めて)が (あった・なかった)
- ③入院したことが (あった・なかった) 病名( )

※パワーリハビリテーションを実施するにあたり、心配な事などありましたらお書き下さい。

主治医の先生へ この方がパワーリハビリテーションを行うことをご報告させていただきます。

パワーリハビリテーションは一般の筋力向上トレーニングと異なり、非常に軽い負荷で運動を行います。筋力向上というよりも、トレーニングマシンによる動作改善を目的としておりますので、身体に負担のかかりにくい運動です。(入浴よりも心臓への負担が少なく低侵襲とされております。)イメージ的にはマシンを使用したストレッチ運動です。当事業所は単独のデイサービスであり、看護師とトレーナーはおりますが、セラピストは不在であるため、主治医の先生に医学的見地からのサポートをお願いできればと思っております。この方が運動をする際に、疾患上から何か留意する点がありましたら下記空欄へアドバイスいただければ幸いです。

**医師記入欄**

特に気をつけることなどありましたら下の空欄にご記入お願い致します。