

利用申込書

受付日 年 月 日

利用者	フリガナ		男 女	生年 月日	M	T	S
	氏名				年	月	日()
	住所	〒	—	電話()			
利用希望	<input type="checkbox"/> 入所 ・ <input type="checkbox"/> ショートステイ (<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 四人部屋) <input type="checkbox"/> 通所リハビリステーション (月・火・水・木・金・土)						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅(独居・同居) : かかりつけ医() <input type="checkbox"/> 入院 : 病院名() 病院 階 号室) <input type="checkbox"/> 施設入所中 : 施設名()						
保険種別	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢保 <input type="checkbox"/> 共済(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護(市 : 担当者) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(級)						
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 経過的要介護 <input type="checkbox"/> 要介護() 認定年月日 : 年 月 日 有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日						
居宅介護 支援事業所	事業所名 : 担当ケアマネージャー : 電話()						
緊急連絡先	フリガナ		年齢	職業			
	氏名				(続柄 :)		
	① 住所	〒	—				
	連絡先	自宅					
		携帯					
		勤務先					
	②	氏名	年齢	職業	連絡先		
				① ()	自宅・携帯・職場		
	(続柄 :)			② ()	自宅・携帯・職場		
③				① ()	自宅・携帯・職場		
	(続柄 :)			② ()	自宅・携帯・職場		
家族構成	家族構成			住宅状況			
				<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階 号室) <input type="checkbox"/> エレベーター(有・無)			
			退所後の予定 ※入所希望のご利用者様のみ ご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 在宅を希望する <input type="checkbox"/> 施設を希望する <input type="checkbox"/> その他()				

診療情報提供書

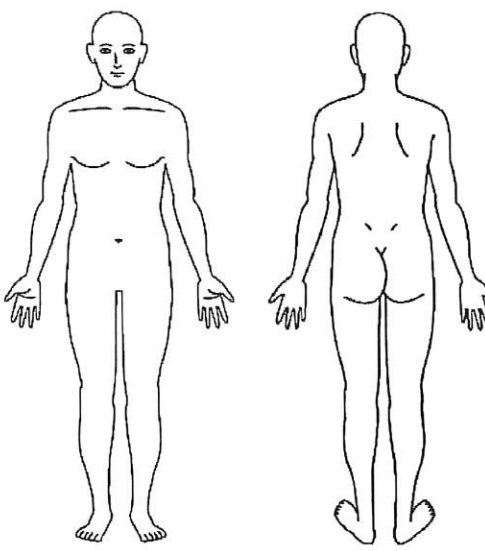
令和 年 月 日

紹介元

所在地
名称

TEL
医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S	年 月 日生	歳
傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)			
既往歴とその発症年月			
症状経過、検査結果及び治療経過		麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を 記入して下さい	
			
現在の処方			
禁忌薬剤 ()			
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2			
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M			
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)			
備考			

《日常生活動作状況》

記入日 年 月 日

利用者様ご氏名 様 (男・女)

身長 cm 体重 kg (測定日 年 月 日) ご記入者 様 (職種又は続柄)

		当てはまるものを○で囲んでください。	備考
基本的動作	移動 (移動手段)	自立 見守り 一部介助 全介助 独歩 杖 歩行器 車椅子(自操・介助) リクライニング つたい歩き 手押し車	最終転倒転落日 年 月 日
	乗り移り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	寝返り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	起き上がり	自立 見守り 一部介助 全介助	
	座位保持	自立 時々姿勢不良 不可	
	立位保持	自立 見守り 一部介助 全介助 つかまり立ち (可・不可)	
	転倒	なし 時々 頻回 要見守り 転倒予防策 ()	
	転落	なし 時々 頻回 要見守り 転落予防策 ()	
食事	自立 見守り 一部介助 全介助 胃ろう 嚥下困難 (無・有) とろみ (無・有) 義歯 (無・有 上下)		
入浴	種類	シャワー浴 リフト浴 寝浴 家庭浴 (跨いで入る一般浴槽)	拒否 (無・有)
	浴槽内移動	自立 見守り 手引き シャワーチェア	
	洗体	自立 見守り 一部介助 全介助	
排泄	トイレ動作	自立 見守り 一部介助 全介助 留置カテーテル 人工肛門	夜間トイレ回数 回数 ()
	尿意	有・無 (常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない)	
	便意、排便 (日中) (夜間)	有・無 毎日有り 1週間に () 回くらい 下剤 (使用・不使用) トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ	
更衣	上半身	自立 見守り 一部介助 全介助	
	下半身	自立 見守り 一部介助 全介助	
整容	歯みがき	自立 見守り 一部介助 全介助 義歯洗浄 (可・不可)	
	洗面	自立 見守り 一部介助 全介助	
意思の疎通	視力	普通 見えにくい (右・左) 全く見えない (右・左) 眼鏡 (無・有)	
	聴力	普通 聞こえにくい (右・左) 全く聞こえない (右・左) 補聴器 (無・有)	
	意思の表出	問題なし やや困難 困難 ナースコールの使用 (可・不可)	
	理解力	問題なし やや困難 困難	
	言語障害	無・有	
心身の状態	無気力 感情の起伏が激しい 物忘れがある (季節・人の顔・場所・日時) 物が無くなったと言う 徘徊 収集癖 脱衣 幻覚 妄想 せん妄 帰宅願望 介護抵抗 不穏 異食行為 大声 暴力 不潔行為 夜間の興奮 その他 ()	対応策	
睡眠	良眠 時々不眠 不眠 昼夜逆転 その他 ()		
服薬	服薬管理 (施設で管理必要・自己管理が可能)		
	内服 (自己にて飲める・手渡しにて声かけ必要・介助必要)		
	点眼薬 (無・有) 外用薬 (無・有)		
皮膚疾患	無・有 (疾患又は状態)		
本人の趣味・習慣		飲酒 (無・有) 喫煙 (無・有)	
本人の性格・生活歴 (出身・職歴など)			
その他、ご要望、ご心配なことがありましたらご記入ください。			

食事・栄養情報についての調査票

利用者様氏名

身長()cm 体重()kg	記入日 年 月 日
	記入者
	本人様との関係

現在の食事提供内容を記入して下さい。

食種	一般食 / 療養食 ()食
提供栄養量	エネルギー kcal/日
主食	米飯 軟飯 全粥 ゼリー粥 おにぎり その他() <input type="checkbox"/> 普段は粥だが、カレー・お寿司・混ぜご飯・丼のときはご飯がよい
副食	普通 一口大 きざみ 極きざみ ミキサー ミキサーゼリー その他() (きざみ・極きざみの大きさ mm・cm 角くらい) 副食とろみ(有・無) / 汁物とろみ(有・無) 特記事項 ()
朝食	米飯 軟飯 全粥 ゼリー粥 おにぎり パン その他() 当施設ではご飯とパンがほぼ交互で提供。パンが可能な場合はパンに○を付けて下さい。
水分	とろみ <input type="checkbox"/> 必要 (弱い 普通 強い トロミ) / <input type="checkbox"/> 不要
食事方法	自立 見守り 一部介助 全介助 その他
誤嚥性肺炎	既往 有 無
褥瘡	既往 有 無 / 現在 有 無
義歯	有 (総義歯・一部義歯) 無
食事摂取量	主食: 割 / 副食: 割

↓下記の□にチェックし記入をして下さい。

その他	<input type="checkbox"/> カロリー制限が必要 ()kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限が必要 塩分()g <input type="checkbox"/> 食物アレルギーがある() <input type="checkbox"/> 好き嫌いで食べられない食品がある() <input type="checkbox"/> 食事の時に(スプーン 大・小 / フォーク 大・小)が必要である <input type="checkbox"/> 自助食器が必要 <input type="checkbox"/> 食事時間 (長い ・ 短い) <input type="checkbox"/> 経管栄養をしている (種類) <input type="checkbox"/> おやつ(形態) kcal/日
-----	---

食事について何か配慮することがありましたらご記入ください。