

利用申込書

受付者: _____ 受付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | | | | | |
|------|--|--|-------------------------------|-----------------------------|---|-------|
| | | <input type="checkbox"/> 入所 | <input type="checkbox"/> 短期入所 | <input type="checkbox"/> 通所 | | |
| フリガナ | | 性別 | 年齢 | 生年月日 | | |
| 氏名 | | 男・女 | 歳 | 明・大・昭 | 年 | 月 日 |
| 住所 | | | 電話 | | | |
| 相談者 | 氏名 | | | 電話 | | |
| | 住所 | | | | | |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | | | | |
| | 認定期間 | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 月 日 |
| 現況 | 1. 病院 ⇒ 病院名: _____ 病院 科 | | | | | |
| | 2. 施設 ⇒ 施設名: _____ | | | | | |
| | 3. 在宅 ⇒ 担当ケアマネジャー名: _____ 事業所名: _____ | | | | | |
| 連絡先① | 氏名 | 続柄: | | 電話 | | |
| | 住所 | | | | | |
| 連絡先② | 氏名 | 続柄: | | 電話 | | |
| | 住所 | | | | | |
| 医療管理 | 主治医 | 医療機関名: _____ 主治医名: _____ 回/月(外来・往診) | | | | |
| | 処置内容 | ※特別な処置が必要な方はご記入ください。 | | | | |
| | 現病 | | | | | |
| 医療情報 | 疾病の経過 | | | | | |
| | ----- | | | | | |
| | ----- | | | | | |
| | ----- | | | | | |
| | ----- | | | | | |
| | ----- | | | | | |

日常生活の様子についてご記入ください

利用者様氏名

記入者様氏名

(続柄)

1 食事について

記入日

年

月

日

| | | | |
|-------------------------|--------------|------------|-------------------|
| 主食は | 1 ご飯 | 2 お粥 | 3 ミキサー |
| おかず | 1 やわらかめのふつう食 | 2 大き目のキザミ | 3 細かいキザミ |
| カロリーなど厳密に制限しているものはありますか | | | |
| 食べられないものはありますか | | | |
| 平均食事量はどのくらいですか | 1 全量 | 2 半分 | 3 半分以下 具体的に() |
| 食事は一人で食べられますか | 1 一人で食べられる | 2 全てに介助が必要 | 3 一部介助が必要 具体的に() |
| トロミを使用していますか | 1 使用している | 2 使用していない | |

2 日常生活動作について (該当する項目に○をして下さい)

| | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 使用物品等 |
|-----------------|------|--------|------|------|---------------------------------|
| 排泄(昼) | | | | | トイレ 尿器・Pトイレ リハビリパンツ テープ式オムツ・パッド |
| 排泄(夜) | | | | | トイレ 尿器・Pトイレ リハビリパンツ テープ式オムツ・パッド |
| 歩行 | | | | | 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 |
| 寝返り | | | | | |
| 起き上がり | | | | | |
| 座位 | | | | | |
| 立ち上がり | | | | | |
| 立位 | | | | | |
| 過去に転倒したことはありますか | 1 ある | 予防策() | | 2 なし | |

3 視力について

| | | |
|-----|------------|----------|
| 視力は | 1 生活に支障がない | 2 全く見えない |
|-----|------------|----------|

4 聴力について

| | | | |
|----------|------------|--------------|-------------|
| 耳は聞こえますか | 1 生活に支障がない | 2 大きな声なら聞こえる | 3 ほとんど聞こえない |
| ※その他 | | | |

5 意思の疎通について

| | | | |
|----------------|---------|-----------|----------|
| 自分の意思を伝えられる | 1 伝えられる | 2 時々伝えられる | 3 伝えられない |
| 伝える方法(言葉以外の方法) | 1 筆談 | 2 その他() | |
| 他者の話を | 1 理解できる | 2 時々理解できる | 3 理解できない |

6 趣味・特技について

| | | |
|-----------|---------|------|
| 趣味・特技について | 1 ある() | 2 なし |
|-----------|---------|------|

7 嗜好について

| | | |
|----------|---------------|------|
| 喫煙の習慣がある | 1 ある(本/日) | 2 なし |
| 飲酒の習慣がある | 1 ある(種類、量 /日) | 2 なし |

8 処置等

| | |
|-------------|---|
| 医療的処置はありますか | 1 尿留置カテーテル 2 在宅酸素療法 3 インスリン注射 4 人工肛門 5 じょく瘡 6 胃ろう・経鼻栄養 7 吸引 8 吸入 9 その他() |
|-------------|---|

9 精神状況について

| | |
|------------------------------|------------------|
| ものが盗られたなどと被害的になることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 作り話をしているいろいろなひとを混乱させることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| たえず体の痛みを訴えることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| よく独り言を言っていることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 泣いたり、笑ったり、感情が不安定になることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 夜眠れないことや、昼間眠りがちになることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 乱暴な言葉を言ったり、乱暴な行動をとることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 音をたて続けることや大声を出すことが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 助言や介助に抵抗することが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 目的もなく動き回ることや「家に帰る」等と落ち着かなくなる | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 物を壊したり、衣類を破いたりすることが | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 食べられないものを口に入れてしまう | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| 周囲が迷惑している性的行動が | 1 ある 2 時々ある 3 ない |
| * | |

10 生活の中で大切にしていること、こだわりのあること
ご要望などありましたらお書きください