

# 介護老人保健施設 鷺栖の里利用申込書

申込日 平成 年 月 日

○太枠内のみご記入ください

【申込者(連絡先)】\*利用希望者ではなく申込に来られた方

申込者	氏名		続柄	
	住所	〒	電話番号	自宅: 携帯:

【サービス利用者情報】

利用希望者の状況	フリガナ	性別	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )		
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和		
		様	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日 (満 歳)	
	現住所 〒	—	職歴:		
			趣味:		
	電話 ( )		生きがい:		
	要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中		認定の有効期間	H 年 月 ~ H 年 月	
	認定 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )				
	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 )		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
		氏名	続柄	同居・別居	緊急時連絡先
①	<input type="checkbox"/> 申込者に同じ			自宅: 携帯:	
②				自宅: 携帯:	
③				自宅: 携帯:	
* 他医療機関の受診(緊急時を含む)は、原則ご家族様対応となりますのでご協力お願いします。					
現在の利用中のサービス	担当ケアマネージャー 事業所名( ) 氏名( 様 )				
<input type="checkbox"/> 通所サービス ( )		回 / 週			
<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( )		回 / 週			
<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( )		回 / 週			
<input type="checkbox"/> ショートステイ ( )		日 / 月			
<input type="checkbox"/> 福祉用具 ( )		品 / 月			
<input type="checkbox"/> その他 ( )		回 / 週			
<input type="checkbox"/> サービス利用なし					

○該当項目に☑でチェックしてください

希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 通所リハ(デイケア)
利用時期	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 年 月頃から利用希望 <input type="checkbox"/> その他
現在のお困りごと	
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> その他( )
他施設等への申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済 <input type="checkbox"/> 申込未 施設名( ) 申込時期( 年 月 )

\*裏面もご記入ください

\*わかる範囲で現在の心身状況についてご記入ください

\*施設記入欄

医療状況	【現病】（現在治療中の疾病等やその時期）																																					
	【既往歴】（過去にかかった疾病等やその時期）																																					
食事	*処置が必要な方は以下の項目に該当する場合はチェックして下さい <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡（部位：      ） <input type="checkbox"/> その他																																					
	<table border="0"> <tr> <td>摂取動作</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td>食事形態</td> <td>(主) <input type="checkbox"/> 米飯</td> <td><input type="checkbox"/> 粥</td> <td><input type="checkbox"/> ペースト</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(副) <input type="checkbox"/> 普通</td> <td><input type="checkbox"/> 一口大</td> <td><input type="checkbox"/> 刻み</td> <td><input type="checkbox"/> ペースト</td> </tr> <tr> <td>歯の状況</td> <td><input type="checkbox"/> 自歯</td> <td><input type="checkbox"/> 部分入れ歯(</td> <td><input type="checkbox"/> 上</td> <td><input type="checkbox"/> 下)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 総入れ歯</td> <td><input type="checkbox"/> 入れ歯なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>アレルギー</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	(主) <input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> その他		(副) <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ペースト	歯の状況	<input type="checkbox"/> 自歯	<input type="checkbox"/> 部分入れ歯(	<input type="checkbox"/> 上	<input type="checkbox"/> 下)		<input type="checkbox"/> 総入れ歯	<input type="checkbox"/> 入れ歯なし			アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし									
摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																		
食事形態	(主) <input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> その他																																		
	(副) <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ペースト																																		
歯の状況	<input type="checkbox"/> 自歯	<input type="checkbox"/> 部分入れ歯(	<input type="checkbox"/> 上	<input type="checkbox"/> 下)																																		
	<input type="checkbox"/> 総入れ歯	<input type="checkbox"/> 入れ歯なし																																				
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																																				
排泄	<table border="0"> <tr> <td>排泄動作</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">排泄状況</td> <td><input type="checkbox"/> オムツ</td> <td><input type="checkbox"/> リハビリパンツ</td> <td><input type="checkbox"/> 尿とりパット</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 布パンツ</td> <td><input type="checkbox"/> ポータブル</td> <td><input type="checkbox"/> 尿器</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td>尿意</td> <td><input type="checkbox"/> ある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>便意</td> <td><input type="checkbox"/> ある</td> <td><input type="checkbox"/> 時々ある</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> </table>	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄状況	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿とりパット		<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> その他	尿意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> なし		便意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> なし														
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																	
排泄状況	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿とりパット																																			
	<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> その他																																		
尿意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> なし																																			
便意	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> なし																																			
身体状況	<table border="0"> <tr> <td>移動動作</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">移動状況</td> <td><input type="checkbox"/> 杖</td> <td><input type="checkbox"/> 歩行器</td> <td><input type="checkbox"/> シルバーカー</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 車イス(</td> <td><input type="checkbox"/> 自操</td> <td><input type="checkbox"/> 介助</td> <td></td> </tr> </table>	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動状況	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> シルバーカー		<input type="checkbox"/> 車イス(	<input type="checkbox"/> 自操	<input type="checkbox"/> 介助																								
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																	
移動状況	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> シルバーカー																																			
	<input type="checkbox"/> 車イス(	<input type="checkbox"/> 自操	<input type="checkbox"/> 介助																																			
認知症・精神状況	<table border="0"> <tr> <td>立位</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 掴まれば可</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> <td><input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>座位</td> <td><input type="checkbox"/> 姿勢保持できる</td> <td><input type="checkbox"/> 短時間なら保持可</td> <td><input type="checkbox"/> 背もたれ要</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>寝返り</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 掴まれば可</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> <td><input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> <td></td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td><input type="checkbox"/> 自立</td> <td><input type="checkbox"/> 見守り</td> <td><input type="checkbox"/> 一部介助</td> <td><input type="checkbox"/> 全介助</td> <td></td> </tr> <tr> <td>会話</td> <td><input type="checkbox"/> 意思伝達できる</td> <td><input type="checkbox"/> 意思伝達できない</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>	立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 姿勢保持できる	<input type="checkbox"/> 短時間なら保持可	<input type="checkbox"/> 背もたれ要			寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		会話	<input type="checkbox"/> 意思伝達できる	<input type="checkbox"/> 意思伝達できない				
	立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可																																
座位	<input type="checkbox"/> 姿勢保持できる	<input type="checkbox"/> 短時間なら保持可	<input type="checkbox"/> 背もたれ要																																			
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 掴まれば可	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可																																	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助																																		
会話	<input type="checkbox"/> 意思伝達できる	<input type="checkbox"/> 意思伝達できない																																				
認知症・精神状況	<input type="checkbox"/> 認知症状はない <input type="checkbox"/> 何らかの認知症状を有するが、日常生活に特に支障は見られない 日常生活に支障はあるが、家族などの見守りがあれば生活できる 日常生活に支障があり、常時家族等の介護を必要とする 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門医療機関に定期受診し内服中 * 認知症状がある方は以下の項目に該当する場合はチェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 目的もなく動き回る <input type="checkbox"/> 大声や奇声を上げる <input type="checkbox"/> 物を集めてしまいこむ <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄する <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 実際に無い物が見えたり、聞こえたりする <input type="checkbox"/> 食品以外の物を口に含む <input type="checkbox"/> 同じことを何度も訴える <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある <input type="checkbox"/> 感情の不安定 <input type="checkbox"/> 入浴を拒否する <input type="checkbox"/> 介護拒否がある <input type="checkbox"/> 帰宅願望が強い その他(      )	判定会議   月   日提出 結果   利用可 ・ 利用不可 理由 結果通知 ( / ) 担当 面   接 ( / ) 担当																																				

\* 服薬中の方は、処方せんやお薬手帳などのコピーを持参ください。