

介護老人保健施設だいもつ 利用申込書

申込日	平成 年 月 日 (受付担当者)			
ふりがな			男・女	生年月日
本人氏名				明・大・昭 年 月 日
本人住所	〒 電話 ()			

希望内容	1 入居 希望月 () 2 短期入居 希望期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日			
利用目的	1 病院からの家庭復帰 2 日常生活動作の改善 3 意欲低下の改善 4 在宅介護者の用事・休養 5 その他 ()			
退居先予定	1 自宅 2 施設 3 未定			
保険種類	社保(本人/家族) 国保(本人/家族) 後期高齢者医療 介護保険負担限度額認定証 身体障害者手帳(有 級・申請中 級・無) 精神障害者保健福祉手帳(有 等級 級、申請中 級、無)その他 ()			
要介護認定	1 認定済: 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 2 申請中 3 申請未			
現在の状況	1 自宅で生活している 2 入院中 病院名 _____ 入院日 年 月 日 3 施設入居中 施設名 _____ 入居日 年 月 日 4 その他			
治療	通院(入院中の方も入院前の状況をご記入ください) 病院・診療所 _____ 科 _____ 主治医 _____ 病院・診療所 _____ 科 _____ 主治医 _____			
家庭状況	1 子どもと同居 2 子ども以外の親族と同居 3 夫婦のみ 4 1人暮らし 5 その他 ()			
	主たる介護者氏名: (続柄) 住所: 電話: ()			
緊急時連絡	1 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 ()			
	2 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 ()			
	3 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 ()			

申込者氏名	(入居者との続柄)			
住 所	〒			
電 話	() -			

日常生活動作状況

あてはまるものに○をつけてください

食事	主食について ・米飯 ・お粥 ・ミキサー 副食について ・普通 ・きざみ ・ミキサー 治療食() 食事の仕方 ・自立 ・一部介助 ・全介助 使用器具 ・箸 ・スプーン ・フォーク ・コップ ・吸い飲み ・ストロー付きコップ ・取っ手付きコップ ・自助具を使っている(種類:) 増粘剤使用(無・有⇒程度:) アレルギー(無・有 種類:) 好きなもの(無・有 種類:) 嫌いなもの(無・有 種類:)	基本動作 硬くなっている関節 (無・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) 麻痺 (無・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢) 寝返り (自分でできる・一部介助・全介助) 移乗 (自立・一部介助・全介助) 座位 ・長時間座れる ・1日()時間なら可能 立位 ・自立 ・一部介助 ・全介助 移動 歩行可能: 自立・伝い歩き・杖・歩行器 車いす: 自操できる・介助が必要
	排便 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 尿意(無・有) 便意(無・有) 排便 毎日あり 1週間に()回くらい 下剤(使用・不使用) 介助方法 ・1人でできる ・トイレへ誘導 ・全介助 (布パンツ・リハビリパンツ・オムツ・パッド使用)	コミュニケーション 視力 普通・やや不自由(右・左)不自由(右・左) 眼鏡(無・有) 聴力 普通・やや不自由(右・左)不自由(右・左) 補聴器(無・有) 言葉 普通に話せる・話しにくい・話を理解できる 話せない・無口・多弁 理解力 理解できる・やや困難・困難
入浴	種類 シャワー浴・リフト浴・寝浴・一般浴 入浴方法 自立・見守り・手引き・シャワーチェア 洗身 自立・見守り・一部介助・全介助	皮膚疾患 無 有(疾患または状態) ()
	更衣 上着 自立・見守り・一部介助・全介助 ズボン 自立・見守り・一部介助・全介助	服薬 服薬管理(自己管理可能・管理が必要) 内服 自己にて飲める・手渡しにて声掛け必要 介助必要 点眼薬(無・有) 外用薬(無・有)
整容	義歯(無・有 上・下・一部・総入れ歯) 自歯(無・有) 歯みがき(自立・一部介助・全介助) うがい(自立・一部介助・全介助) 義歯洗浄(自立・スタッフ管理) 洗顔 自立・一部介助・全介助	心身の状態 無気力・感情の起伏が激しい 徘徊・物がなくなったという 物忘れがある(季節・人の顔・場所・日時) 収集癖・脱衣・幻覚 大声・暴力・不潔行為・夜間の興奮 その他()
	睡眠 良眠・不眠がち・不眠 その他()	
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。		