

# 「見附市介護老人保健施設ケアプラザ見附」利用申込書

見附市介護老人保健施設ケアプラザ見附 施設長 様

適当
不適
保留

申込者（身元引受人）	年 月 日
住 所	
氏 名	（続柄）
電話番号	（ ） -

○入所判定の資料になりますので、**もれなく詳細をご記入ください。**

○申し込みの際は事前に一報ください。

貴施設を利用したいので、次のとおり申し込みます。

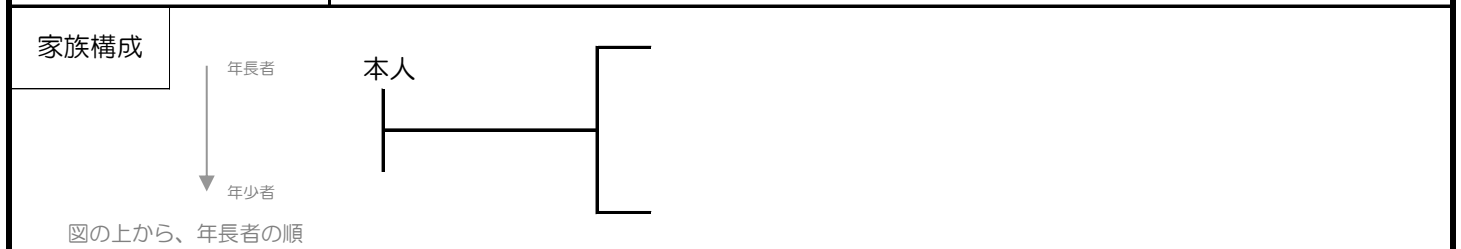
**\*太枠内の記載はケアマネージャーやソーシャルワーカーのかた等でご記入をお願いします。**

フリガナ 利用者氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日（歳）
	男 ・ 女	申し込み区分	長期入所 ・ 期間限定 ・ 短期 ・ デイケア
住 所	〒 _____ 電話（ ） -		
現在の居所	1. 自宅		
	2. 病院（病院名＝ _____ ・ 退院予定＝ _____ 月ころ ・ 未定）		
	3. 施設（施設名＝ _____ ・ 退所予定＝ _____ 月ころ ・ 未定）		
在宅サービス	（種類・事業所・頻度 _____ ）		
介護保険	被保険者番号	_____	保険者名 _____
	認定の有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	要介護度	自立 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中 ・ 区変中	
寝たきり度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
特養申請	あり（施設名 _____ ） ・ なし		
特養以外の申請	老健（ _____ ） ・ 療養型（ _____ ） ・ グループホーム（ _____ ） ・ なし		
申し込み理由			
現在までの経緯（病状・発症・サービス利用・介護認定の経緯等）			
留意点・注意点など			
主 治 医	医療機関名：（ _____ 病院・医院 _____ 科）	_____ 先生	
	医療機関名：（ _____ 病院・医院 _____ 科）	_____ 先生	
ケアマネージャー	事業所名： _____	担当者名： _____	<input type="checkbox"/> 未定
介護者、家族の疾病	あり（障害・疾病名・程度 _____ ） ・ なし		
介護者の就労	あり（勤務時間・日数等 _____ ） ・ なし		
緊急時の連絡先	氏名 _____（続柄 _____）	住所 _____	電話（ _____ ） - _____
	勤務先 _____	電話（ _____ ） - _____	携帯 _____
第2連絡先	氏名 _____（続柄 _____）	住所 _____	電話（ _____ ） - _____
	勤務先 _____	電話（ _____ ） - _____	携帯 _____

A D L 等	食 事	介 助	自立・半介助・全介助・経管栄養		入 浴	種 類	家庭浴個浴・中間浴・特浴			
		主食形態	ご飯・粥・ミキサー			浴槽の出入り	自立・一部介助・全介助			
		副食形態	常食・一口大・刻み・ムース・ツルン			洗 身	自立・一部介助・全介助			
		経 管 量	朝食・朝夕・（銘柄）			着 脱	自立・一部介助・全介助			
			1回量（栄養 ml）（白湯 ml）				夜間の様子	良眠・大声・独語・開眼・昼夜逆転		
		食事制限	あり（ ）・なし			徘徊	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
		む せ	あり・なし			攻撃的	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
		とろみ食	必要・不用			不 穩	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
		好き嫌い	あり（ ）・なし			介護抵抗	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
	義 歯	あり（上・下・部分）・なし		大声・興奮	頻回・時々・ごくまれに・全くない					
	排 泄	日 中	自立・声かけ誘導・尿器・オムツ・ポータブル		知 症	異 食	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
		夜 間	自立・声かけ誘導・尿器・オムツ・ポータブル			収 集 癖	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
		オ ム ツ	日中	布パンツ・リハパン・オムツ・パット		妄 想	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
			夜間	布パンツ・リハパン・オムツ・パット		不潔行為	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
		尿 意	あり・あいまい・なし			性的問題行動	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
		便 意	あり・あいまい・なし			自傷行為	頻回・時々・ごくまれに・全くない			
	移 動	寝返り	できる・つかまれば可・できない		感 染 症 等	HB +・-・未検	HCV +・-・未検	ワ氏 +・-・未検		
		起き上がり	できる・つかまれば可・できない			MRSA +・-・未検	TB +・-・未検	アレルギー 有・無		
		立ち上がり	できる・つかまれば可・できない			過去1年以内の感染症患者（疑いの者を含む）との接触	有・無	（TB・インフルエンザ・疥癬・その他）		
		立位保持	できる・つかまれば可・できない			（同じ建物内にいた・病室等が同室・身体的接触・その他）				
移乗動作		自立・一部介助・全介助		そ の 他		視 力	正常・見えにくい・見えない（左・右）			
移動動作		自立歩行・歩行器・杖・車いす・リクライニング				聴 力	正常・聞こえにくい・聞こえない（左・右）			
褥 瘡		褥 瘡	あり（部位）・なし・治癒			言 語	正常・やや不自由・不自由			
除圧マット	除圧マット	要（種類=）・不用	麻 痺		あり（部位）・なし					
必 要 な 医 療	吸 引	頻回・日に数回・時々・不用		アレルギー	あり（卵・乳製品・薬剤・その他）・なし					
	□HOT □レスピレーター □気管切開 □吸入 □IVH □点滴 □インシュリン注射 □フォーレ □ストーマ □透析 □疼痛の看護 □麻薬 □その他処置等（ ）									
	家族の介護協力度	非常に良好・良好・普通・やや非協力・非協力的								
	転倒の危険	危険性大・まれに転倒・観察程度・ほぼなし								
	身 長	cm	体 重	Kg						

既往歴	時期（年月）	傷病名	医療機関	入院・通院の別
				入院・通院・Ope
				入院・通院・Ope
				入院・通院・Ope
				入院・通院・Ope

常用薬	
-----	--



同居者氏名	年齢	続柄	勤務先	備考

主介護者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄（ ）