

「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 宛て

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。
 ○通所サービスへ申し込みの際は、必要事項が記載されたフェイスシート等の添付により記入に代えることができます。
 ※詳細は末尾ページをご覧ください。
 ○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：		□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	朝昼夕・朝夕・（銘柄）				着 脱	自立・一部介助・全介助					
			1回量（栄養 ml）（白湯 ml）			認 知 症	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				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						
	移 動	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						
		寝返り	できる・つかまれば可・できない			幻視幻聴	頻回・時々・ごくまれに・全くない						
			起き上がり			独 語	頻回・時々・ごくまれに・全くない						
			立ち上がり			ベッドから降りる	頻回・時々・ごくまれに・全くない						
			立位保持										
移乗動作													
移動動作		自立歩行・歩行器・杖・車いす・リクライニング			感 染 症 等	HB	＋・－・未検	HCV	＋・－・未検	ワ氏	＋・－・未検		
褥 瘡	褥 瘡	あり（部位）・なし・治癒				MRSA	＋・－・未検	TB	＋・－・未検	アレルギー 有・無			
	除圧マット	要（種類＝）・不用				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） （同じ建物内にいた・病室等が同室・身体的接触・その他）					
必 要 な 医 療	吸 引	頻回・日に数回・時々・不用				そ の 他	視 力	正常・見えにくい・見えない（左・右）					
	☐ 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-マ ☐ 透析 ☐ 疼痛の看護 ☐ 麻薬 ☐ その他処置等（ ）			聴 力	正常・聞こえにくい・聞こえない（左・右）								
	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			言 語	正常・やや不自由・不自由					
	転倒の危険			危険性大・まれに転倒・観察程度・ほぼなし			麻 痺	あり（部位）・なし					
身 長	cm		体 重	Kg		アレルギー	あり（卵・乳製品・薬剤・その他）・なし						

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
				入院・通院・Ope
常用薬				
家族構成	年長者 ↓ 年少者 本人 図の上から、年長者の順			
同居者氏名	年齢	続柄	勤務先	備考
主介護者氏名			続柄（ ）	
			記載者サイン	

<通所サービスの申し込み手続きについて>

- ・通所サービス（デイケア）を申し込む場合は、下記事項が判る資料（フェイスシート等）の添付により聞き取り事項の記入を省略することができます。
- ・添付のフェイスシートに不足項目がある場合は、該当項目について任意の様式で補足いただくか、申込書の該当項目へ記入してください。

●必須確認項目

- | | | |
|-----------------------|-----|---------------------------------|
| 利用者情報 | ・・・ | 氏名、住所、性別、生年月日、電話番号、身長、体重 |
| 介護保険情報 | ・・・ | 被保険者番号、保険者名、要介護度、認定日 |
| 家族構成 | ・・・ | 家族構成の図示、同居者情報 |
| 緊急時連絡先 | ・・・ | 第一連絡先、第二連絡先 |
| 主治医情報 | ・・・ | 医療機関名、医師名、受診診療科 |
| 既往歴 | ・・・ | 時期、傷病名、医療機関 |
| 常用薬 | ・・・ | 薬剤名、服用方法、用量 |
| 必要な医療処置 | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度（認知自立度） | | |
| ケアマネジャー（事業所、担当者） | | |
| 現在までの経過 | | |
| 目標（リハビリによって改善したいこと） | | |
| ADL情報・食事 | ・・・ | 主食形態、副食形態、食事制限、むせ・嚥下障害、義歯、介助の程度 |
| ADL情報・排泄 | ・・・ | 日中、夜間 |
| ADL情報・入浴 | ・・・ | 入浴、着脱、整容 |
| ADL情報・移動 | ・・・ | 移動、移乗、寝返り、起き上がり、立ち上がり、立位保持 |
| ADL情報・その他 | ・・・ | 視力、聴力、言語、拘縮、麻痺、褥瘡、皮膚疾患 |
| | | 意思決定能力、伝達能力、会話理解力 |
| 認知症情報 | ・・・ | 認知症行動障害の有無、程度 |