

利用申込書

介護老人保健施設 シバ-ステイ あじさい

申し込み受付日 令和 年 月 日	サービス種類	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 介護予防ショートステイ	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリ		
フリガナ	性別	生年月日（大・昭）	年	月	日	歳
利用者氏名	男	介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割			
	女	要介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
住所 〒	介護保険有効期間	年	月	日		
	介護減額の有無	有り ・ 無し				
	電話番号	()				
	フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日
家族(申込者)氏名		(大・昭・平)	年	月	日	歳
住所 〒	固定電話	()				
	携帯電話	()				
	メールアドレス					
(家族構成) ※ 同居でない場合にもご記入ください						
氏名	性別	生年月日	続柄	同居／別居	主たる介護者に ○	
		・		同居・別居		
		・		同居・別居		
		・		同居・別居		
		・		同居・別居		
		・		同居・別居		
利用の目的、理由：						
現在の生活状況 該当する項目に○印を入れてください。						
() 自宅で生活している						
() 病院入院中 病院名： 年 月より 主治医						
() 施設入所中 施設名： 年 月より 主治医						
過去1年以内入退所又は入退院された場合はご記入下さい。						
病院・施設名 年 月 日に 退院・退所／入院理由：						
通院されている病院をご記入下さい。(入院中・入所中の方も他科へ通院があればご記入下さい。)						
通院科目： 担当医名：						
通院科目： 担当医名：						
通院科目： 担当医名：						
居宅介護支援事業所名： ケアマネジャー：						
現在利用中のサービス						
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他()						
退所後の予定 ・ 自宅復帰 ・ 有料・サービス付高齢者住宅等の施設 ・ 未定 ・ その他 他にお申し込みの施設があればご記入ください()						
施設利用についての希望 (通所・訪問リハビリの方は希望曜日など)					施設記入欄 リハビリを希望する ・ 希望しない	

介護老人保健施設 シバ-ステイ あじさい

◆ 身体状況・ご自宅での様子をご記入ください。(あてはまるものに○を付けて下さい)					
移動	・自立歩行 (独りで歩ける・杖・歩行器) ・介助歩行 (手引き・杖・歩行器) ・車イス (自操・介助) ・リクライニング車椅子 自己購入の歩行器・車イス (有・無)				
椅子やベッド等への乗り移り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・2名以上介助 ・リフト				
座位の保持	・自立 ・見守り ・支えが要る () ・できない				
立位の保持	・自立 ・見守り ・手すり等の使用 ・一部介助 ・全介助 ・できない				
意思の疎通	・できる ・できない ・あいまい ・筆談				
言語の障害	・無し ・有 (構音障害 / 失語症)				
医療的な処置や治療	・インスリン注射 (回、血糖測定 回) ・骨粗しょう症注射 ・貧血治療の注射 ・在宅酸素治療 (酸素量 :) ・人工透析 ・気管切開				
体格	身長	c m		体重	k g
視力	・普通 ・見えにくい ・見えない (右・左) ・眼鏡の使用 (有 ・ 無)				
聴力	・普通 ・聴こえにくい (右・左) ・聴こえない (右・左) ・補聴器 (右・左)				
◆食事について	アレルギー 無し / 有り ()				
	禁止の食品 無し / 有り ()				
食事制限	・無し ・糖尿病食 (カロリー : _____ キロカロリー) ・塩分制限食 (g) ・タンパク制限 g				
水分制限	・無し ・有り 一日水分量 m l (食事の汁物等水分 : 含む ・ 含めない)				
食事方法	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ・胃ろう				
飲み込み	問題なし・たまにむせる・時々むせる・毎食むせる (水分・食物)			とろみ (要る・要らない)	
食事形態	主食 : ・米飯 ・軟飯 ・おかゆ ・おにぎり / 朝食 (パン ・ 米飯 ・ おかゆ) 副食 : 普通 ・ 荒キザミ (一口大) ・ キザミ ・ キザミとろみ付き ・ 極キザミ ・ ミキサー (ペースト) 入れ歯の使用 (有・無) 総入れ歯 (上・下) ・部分入れ歯 (上・下) 入れ歯のぐらつきの 有・無 (かかりつけ歯科 :)				
服薬	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助				
◆ 入浴・排泄について					
入浴	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助				
洗顔	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助				
更衣	上衣	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助			
	下衣	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助			
爪切り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助				
◆ 排泄の状況	・場所 (トイレ / ポータブルトイレ / 尿器 / ベッドでオムツ内)				
	・自分でトイレまで (行ける / 行けない) ・トイレ内の手伝い (要る / 不要)				
オムツの使用	有 / 無	・オムツ種類 (テープおむつ / リハビリパンツ / パット)			
排尿の状況	・自然排尿 (尿意 : 有 / 無 / あいまい) ・尿道カテーテル留置 ・膀胱瘻				
排便の状況	・自然排便 (便意 : 有 / 無 / あいまい) ・下剤 ・浣腸の使用 ・ストーマ				
排便の頻度	(週に 回くらい) (頻度 :)				
◆ 認知症状などについて、困っておられる行動があればご記入下さい (有 ・ 無)					
性格	趣味			宗教	
酒	タバコ			職業	