

# 京都府介護老人保健施設 共通申込書

1 / 3

施設名

ver.1

- ・通所リハビリ
  - ・短期入所
  - ・入所
- (当てはまるものに○を記入)

( ) 御中

記入日:平成 年 月 日

記入者:

利用者	フリガナ			男・女	明治			
	氏名				大正 年 月 日生まれ			
	住所	〒 -						
	TEL	( ) -						
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院( 病院) <input type="checkbox"/> 老健( ) <input type="checkbox"/> その他( )						
	現在のかかりつけ医	病院 医師						
	病名・既往歴 (分かれれば)							
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名 ) <input type="checkbox"/> その他( )						
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 種 級 (障害名: )						
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 級 )						
	介護保険 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(・第1段階・第2段階・第3段階) 年金額 円/月						
	介護 保険	・要介護 1・2・3 4・5  (○をつける)	・要支援 1・2  ・申請中  ・区分変更 中	被保険者番号	-			
				認定日	平成 年 月 日	(※区分変更中の場合はその申請日を記入)		
				有効期間	平成 年 月 日	~	平成 年 月 日	
居宅介護支援事業所名					担当ケアマネ			
TEL	( ) -		FAX	( ) -				

身元 引受 人	フリガナ			男・女	年齢	続柄	職業
	氏名						
	住所	〒 -					
	TEL	( ) -		携帯	- -		

※この共通申込書は、別紙の「日常生活動作(ADL)確認表」とセットになっています。

様

京都府介護老人保健施設 共通申込書

利用希望内容	通所リハビリ	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流 <input type="checkbox"/> その他(下記 希望理由欄記入)		
		希望曜日	月・火・水・木・金・土・日 (週 回)		
	短期入所	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他(下記 希望理由欄記入)		
		希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
		希望期間	<input type="checkbox"/> / ~ / (約 日間) <input type="checkbox"/> いつでもよい(約 日間)		
		定期利用希望	<input type="checkbox"/> 定期的に利用希望(ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望		
	入所	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活の継続困難 <input type="checkbox"/> その他(下記記入)		
		希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
		希望期間	<input type="checkbox"/> 約ヶ月間 <input type="checkbox"/> 未定		
		今後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設への申し込み <input type="checkbox"/> 検討中		
		現在申請中の施設	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他( )		
	希望理由、介護上の課題点、施設への要望など				
	(できるだけ具体的に。)				

家族構成と連絡先	氏名 (連絡順)	続柄	年齢	電話番号	家族構成		
	( )					自宅	<div style="font-size: 2em;">T</div>
						携帯	
	( )					自宅	
						携帯	
	( )					自宅	
						携帯	
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性、同居者を囲って下さい							

1週間のご利用サービス(在宅サービスをご利用中の方のみ記入して下さい。例:ヘルパー、デイケア等。できれば事業所名も)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

# 日常生活動作(ADL) 確認表

ver.1

記入日:平成 年 月 日 3 / 3  
 記入者:

様

移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(特記記入)	
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度、骨折歴、最近の転倒状況記入: )			
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	センサーマット使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位など )	
	特記事項				
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル(□介助要) <input type="checkbox"/> いつもポータブル(□介助要) <input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ <input type="checkbox"/> 尿器(□介助要) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> バルーン			
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし (排便 日に1回)	
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	夜間の状況	就寝後の排泄回数(約 回)	
	特記事項				
入更衣	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> その他( )			
	特記事項				
食事・口腔ケア	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない	
	むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり	水分トロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 糖尿病食( kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限食( g) <input type="checkbox"/> その他( )		
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他( )		
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ付き <input type="checkbox"/> その他( )			
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり			
	義歯	<input type="checkbox"/> あり (□部分義歯(上・下) □総義歯) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(□歯ブラシ使用 □うがいのみ)	残菌	<input type="checkbox"/> あり(約 本) <input type="checkbox"/> なし	
(使用器具、アレルギー、嗜好など)					
身体状況等	基礎情報	身長 cm 体重 kg( 月 日現在)	体重の減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ヶ月で kg減)	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
	関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: )	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: )	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用			
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない(□右 □左 □どちらも)			
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (□眠剤使用 )	
特記事項					
その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない	
	ことばの理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない			
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他( )			
	日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	医療情報	<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記に記入) <input type="checkbox"/> 透析( 回/週) <input type="checkbox"/> 経管栄養(□胃ろう □経鼻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法			
		<input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門			
		<input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー			
特記事項					

生活歴・一日の過ごし方・一週間の過ごし方、性格、趣味など。出来るだけ詳しくご記入下さい。