

入所通所申込書

年 月 日

介護老人保健施設 健勝園九条		申請者	氏名		
			連絡先		
利用者	フリガナ	男・女	身長	体重	生年月日
	氏名		cm	kg	年 月 日 (歳)
	住所	〒		電 話	
	介護度		認定の有効期限		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
健 保	国保・後期高齢・社保・生活保護		介護保険標準負担額減額認定証 あり、なし		
ご希望のお部屋		<input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> どちらでも良い			
近親者知人等	氏 名	続柄	住所又は連絡先	電 話	順
生活面	生まれから現在の場所の流れ (大体で大丈夫です。)		(例)熊本で昭和10年に生まれて昭和30年に結婚して大阪に引っ越し現在に至る。		
	仕事	歳迄	兄弟姉妹関係		
	趣味		結婚、子供の状況		
	備考欄(注意する事等)				
医療面	現在の医療機関名		医師名		
	所在地		TEL		
	かかりつけ医		緊急搬送先病院		
	病歴 手術(何処でいつ)		(例) H2年8/2 右大腿骨頸部骨折 H2年8/3 人工骨頭挿入術 (〇〇病院)		
精神面	答えられる事に○ 自分の名前、生年月日年齢、自分がいる場所、季節、家族の顔、名前 (あてはまるもの) 物忘れ(少し、ひどい)、やる気がない、物を集める、昼夜逆転 被害妄想() 不潔行為() 幻覚が見える、大声を出す、怒鳴る、暴力をふるう				
備考	居宅介護支援事業所				
	介護支援専門員		連絡先		
	現在本人のいる場所				
	受けている介護保険サービス				

日常生活動作調査票

氏名 (年 月 日) あてはまる個所に○をつけて下さい

食 事	自力・一部介助()・全介助 食事摂取量(有・普通・無) 主食：ごはん・粥・ミキサー () 副食：普通・キザミ食()・ミキサー むせやすさ(有・無) 食べこぼし(有・無) 治療食() アレルギー() 箸 スプーン フォーク 好き() 嫌い() 飲み物：自分で飲める・一部介助・全介助 トロミ 歯：自分の歯・一部入れ歯(上 下)・総入れ歯・手入れ方法
排 泄	自力：一部介助()・全介助 バルーン・ストマ 日中：トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・リハビリパンツ・尿取りパット 夜間：トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・リハビリパンツ・尿取りパット 小便(回/日位) 大便(回/ 日位) 便秘時対応()
移 動	手段：独歩・杖・歩行器・オパール・押し車・車椅子(普通型・介助型・リクライニング) 対応：見守り・付添い・全介助・その他() 移乗：自力・一部介助・全介助 起居動作：自立・一部介助・全介助 座位姿勢：保てる・背もたれ必要・不安定 転倒リスク：高・中・低 センサーマット使用(有・無)
入 浴	一般浴槽・シャワー浴・リフト浴・特浴
更 衣	自力・一部介助・全介助
視 力	普通・見えにくい(右・左) 見えない(右・左) 眼鏡(有・無)
聴 力	普通・聞こえにくい(右・左) 聞こえない(右・左) 補聴器(有・無)
意思疎通	日常会話ができる・簡単なことのみ・困難
睡 眠	起床 時・就寝 時 眠剤(有・無) 夜眠れる・昼間も寝る・夜眠れない
服薬	
生活状況 特記事項	