

施設利用申込書

受付年月日 年 月 日

NO.

※下記の太枠のみご記入下さい

判定年月日 年 月 日

ふりがな 入(通)所者 氏名	男 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)	印	女	紹介者
住所	〈電話〉 ()			要介護認定
主介護者 (家族代表)	〈続柄〉	〈勤務先〉		ADL・認知症ランク
住所	〈電話〉 ()			居室介護支援事業所
希望利用サービス	<input type="checkbox"/> 長期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション			居室介護支援事業所
現在	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 () <input type="checkbox"/> 介護保険施設 ()			

希望理由 在宅療養に向けての機能訓練及びADL向上維持 精神機能の著しい障害 身体機能ADLの著しい障害
独り暮らし(介護者不在)介護者の高齢化(老夫婦世帯) 健康上の問題 仕事の都合 休養
家屋構造上の問題 その他 ()

傷病名・傷病歴・入院歴等

日常生活動作の状況	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視・指示	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	身体状況及び備考		
	起座・座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視・指示	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	身長 (cm)	体重 (kg)	
	立位・移行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視・指示	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	麻痺 ()	拘縮 ()	
	移動 レベル	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視・指示	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	浮腫 ()	褥瘡 ()	
								歩行補助具 ()	車椅子 ()
	食事	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視・指示	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	主食 ()	副食 ()
		様式	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自助具	<input type="checkbox"/> 手掴み	制限 ()	食欲 ()
	排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視・指示	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	むせ ()	入歯 ()
		様式	<input type="checkbox"/> トイレ (昼・夜)	<input type="checkbox"/> 尿取りパット (昼・夜)	<input type="checkbox"/> 尿器 (昼・夜)	<input type="checkbox"/> Pトイレ (昼・夜)	<input type="checkbox"/> オムツ (昼・夜)	食べこぼし ()	アルミキラー ()
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視・指示	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	尿意 () 便意 ()		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視・指示	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	一般浴・シャワー浴・介助浴・特殊浴			

周辺症状	意志表示	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 大体可能	<input type="checkbox"/> かろうじて可能	<input type="checkbox"/> 稀に可能	<input type="checkbox"/> 不能	言語障害 ()	
	話の理解	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 大体可能	<input type="checkbox"/> 部分的に可能	<input type="checkbox"/> 稀に可能	<input type="checkbox"/> 不能	視力障害 ()	眼鏡 (有・無)
	認知症	<input type="checkbox"/> 無(I)	<input type="checkbox"/> 軽度(II)	<input type="checkbox"/> 中等度(III)	<input type="checkbox"/> 高度(IV)	<input type="checkbox"/> 最高度(M)	聴力障害 ()	補聴器 (有・無)
具体的な症状	特になし・失禁・不潔行為(弄便)・徘徊・性的異常・施設外離出 盗食・過食・拒食・収集癖・大声・奇声・独語・異食・盗癖・興奮・破壊 夜間せん妄・幻覚・妄想・暴言・破衣・抑うつ・暴力・自傷他害 躁うつ・無感情・無意欲・無関心・心気的・自殺念慮・人格変化 混乱・多動・多弁・拒否・脱抑制・放尿・裂裂な言動 失見当・失認・失行・作話・支離滅裂な言動 健忘・不安・夜間不穏・焦燥・物品誤認					特記事項		
性格 対人関係	明朗・温和・協調的・非協調的・几帳面・頑固 凝り性・心配性・積極性・消極的・閉鎖的 短気・うつの・理屈屋・話好き・無口 好き嫌いが多く・融通が利かない					攻撃的・利己的		

家族構成	趣味特技	洗濯	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 施設	
	福祉サービス利用				
	身障手帳	無・有 ()			
	かかり付け医	無・有 (TEL ())			
	利用料支払者	氏名			
		住所			
TEL					
緊急連絡先	氏名				
	住所				
	TEL				

備考 利用料支払い状況 問題 無・有 ()

利用者及び家族の生活に対する希望