

施設利用申込書

受付年月日 年 月 日

検討会年月日 年 月 日

No. _____

ふりがな		男・女	M・T・S	紹介者
氏名	印		年 月 日()歳	
住所	〒	〈電話〉 ()		要介護認定
主介護者		〈続柄〉	〈勤務先〉	負担割合
住所	〒	〈電話〉 ()		割

希望利用サービス 長期入所 短期入所療養介護 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション

現在居所 自宅 医療機関() 介護保険施設()

傷病名・傷病歴等

ADL・認知症ランク

居宅介護支援事業所

担当CM

TEL ()

日常生活動作の状況	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	身体状況等		
	起座・座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	身長 (cm)	体重 (kg)	
	立位・移行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	麻痺 ()	拘縮 ()	
	移動	レベル	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	浮腫 ()	褥瘡 ()
							歩行補助具 ()	車いす形態 ()
	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	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	制限 ()	食欲 ()
排泄	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	むせ ()	入れ歯 ()	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> おむつ交換	食べこぼし ()	アレルギー等 ()	
						尿意 ()	便意 ()	
	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	おむつの種類 (パット・リハパン・テープ式)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	一般浴	シャワー浴	
						中間浴	特殊浴	

精神機能の状況	意思表示	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 大体可能	<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"/> 稀に可能	<input type="checkbox"/> 不能	視力障害 ()	眼鏡 (有・無)
	認知症ランク	(自立)・(I)	軽度(II)	中等度(III)	高度(IV)	聴力障害 ()	補聴器 (有・無)
	認知症情報	確定診断【 】 診断先【 】				特記事項	
	中核症状	特になし・記憶障害・見当識障害・理解、判断力の障害 実行機能障害・その他()					
行動・心理症状	特になし・不安・焦燥・うつ状態・幻覚・妄想・興奮・ケアへの抵抗 摂食異常・排泄異常・徘徊・多動・不眠・意欲低下・転倒転落の危険 その他()						
性格	明朗・温和・几帳面・頑固・心配性・話好き・無口						

家族構成・生活歴等	趣味・馴染み習慣		
	福祉サービス利用		
	身障/精神保健手帳		無・有 ()
	かかりつけ医		TEL ()
	利用料支払者	氏名	〈続柄〉
		住所	
緊急連絡先	TEL		
	氏名	〈続柄〉	
	住所		
	TEL		

備考

ワクチン接種状況 インフルエンザ予防接種(有・無) 肺炎球菌ワクチン接種(有 [年 月]・無)

施設利用の理由や支援してほしい内容等