

# 介護老人保健施設 山望苑 申込書

申込日 年 月 日

## 入所サービス

## 短期入所サービス

## 通所リハビリテーション

ふりがな						男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日	歳
利用者氏名	殿											
住所												
身元引受人	氏名	(続柄: )					TEL					
	住所						携帯番号					
認定ランク	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					認定期間	年	月	日	迄		
家族構成	独居 ・ 同居 ( 配偶者 ・ 子供 ・ その他 )											
同居家族	氏名	続柄	性別	年齢	職業	緊急時連絡先 本人との続柄 ( )	氏名	住所	TEL (携帯)			
							氏名	住所	TEL (携帯)			
							氏名	住所	TEL (携帯)			
							氏名	住所	TEL (携帯)			
負担限度額認定書	所持している ・ 所持していない ( 段階 )											
在宅介護	可 ・ 不可 (理由 )											
施設利用についてどのような生活・介護・リハビリをご希望されますか?												
自宅で生活・介護をする上でどんなことにお困りですか。												
現在かかっている医療機関	病院 医院					科	通院・入院					
主治医	Dr					定期検診	有 ・ 無					
病歴・疾患	職歴・趣味など											
担当ケアマネージャー	氏名	事業所					TEL					
現在利用中のサービス	・通所サービス (週 日) 利用施設・事業所 ( ) ・訪問看護 ( 週 日) ・訪問介護 ( 日 回) ・訪問リハ ( 週 日) ・訪問入浴 ( 週 日) ・短期入所 有 ・ 無											
入所希望期間	開始 年 月頃 ～ 終了 年 月頃まで											
退所後の希望	自宅 ・ 施設 ( ) ・その他 ( )											
現在の居場所	自宅 ・ 病院 ( ) ・施設 ( )											

身体機能状況	視力	普通	・ 大きい文字程度	・ 物の輪郭程度 (左・右)	・ まったく見えない (左・右)	
	聴力	普通	・ 聞こえにくい (左・右)	・ 補聴器使用	・ まったく聞こえない (左・右)	
	言語	明瞭	・ 不明瞭	・ 返事は出来る	・ 話せない	
	褥瘡の有無	無	・ 発赤	・ 皮剥け	・ 穴になっている	・ 処置中 (部位 )
	麻痺の有無	無	・ 有	軽度	重度 (部位 )	
	拘縮	無	・ 有	軽度	重度 (部位 )	
	寝返り	自力	・ 柵につかまれば可	・ 介助	・ ナーセンパット、坐布団を挟んでいる	
	起き上り	自力	・ 柵につかまれば可	・ 介助すれば可	・ 全介助	
移動	座位保持	自力	・ 柵、物につかまれば可	・ 背もたれがあれば可	・ 不可	
	立位保持	可能	・ つかまれば可	・ 支えがあれば	・ 不可	
	方法	歩行 ・ つたい歩き ・ 杖 (一点・三点・四点) ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 這いずり車椅子 (自力・介助) ・ リクライニング式車椅子				
	行動範囲	屋外へ独りで出かける ・ 誰か付いて屋外へ出かける ・ 屋内のみ ・ ベッド周り ・ ベッド上				
	介助	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
	転倒	無 ・ 時々 ・ 頻回				
	食事種類	主 (常食・粥・ミキサー) 副 (普通・刻み・ミキサー) 経管栄養食 (鼻・胃 種類: )				
	方法	箸 ・ スプーン ・ その他 ( ) 経管栄養 (朝 ml・昼 ml・夕 ml)				
食事	介助程度	自立 ・ 声かけにて自立 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	量	普通 ・ 小盛 ・ 大盛 [ムセ 有 ・ 無] [水分ムセ 有 ・ 無] [トロミ 有 ・ 無]				
	歯	自歯 ・ 入れ歯 (総入れ歯 上 ・ 下) (部分入れ歯 上 ・ 下)				
	嗜好品等	タバコ 本/日 ・ 酒				
	アレルギー	アレルギー物 ( ) 嫌物 ( )				
排泄	尿意	(無 ・ 時々有 ・ 有) 便意 (無 ・ 時々有 ・ 有)				
	排尿・排便	昼	トイレ (誘導 要 ・ 不要) ・ PTイレ ・ 尿器 ・ リハビリパンツ ・ オムツ ・ パット			
		夜	トイレ (誘導 要 ・ 不要) ・ PTイレ ・ 尿器 ・ リハビリパンツ ・ オムツ ・ パット			
	介助	自立 ・ 誘導 ・ 声かけ ・ 一部介助 ・ 全介助 ( )				
便通	毎日自然排便 ・ 日/週 自然排便 ・ 下剤 (有 ・ 無) ・ 摘便浣腸 ・ 下痢気味					
カテーテル	無 ・ 有 回/週 交換					
入浴	方法	自立・見守りが必要・介助 (内容 ) ・ サービス (施設) 利用 (一般浴 ・ 特別浴 )				
着脱	介助	自立 ・ 声かけ (渡すのみ) ・ 一部介助 ・ 全介助				
睡眠	状態	良く眠れる ・ トイレに起きるが眠れている ・ 時々眠れないことがある ( 時～ 時睡眠) 眠れないことが多い (眠剤: 無 ・ 有 何時ごろ服用)				
	寝具	布団 ・ ベッド (エアーマット 無 ・ 有) ・ その他 ( )				
認知症・精神状態	意思の疎通	問題なし ・ 時々意味不明なことを言う ・ 困難 (方法 )				
	認知症の程度	無 ・ 物忘れ程度 ・ 認知症はあるが誰か近くにいれば落ち着いている 誰かがいないと危険、目が離せない (鍵をかけている)				
	精神状況	該当するものに○をつけて下さい。 ・徘徊 (有・無) ・時間・場所の勘違いをする ・ トイレ以外で放尿便する ・ 実在しない物が見え、声が聞こえる ・同じ事を言う ・興奮することがある ・ ベッドから落下する ・ 事実ではない事を事実と思い込む ・夜間眠れない ・怒鳴る・暴力をふるう ・ 転倒することがある ・ 介護者に抵抗する事がある ・物忘れが多い ・うつ症状がある ・ 食品以外の物を口に含む ・ 不安が強く、人を呼ぶ事が多い ・帰宅願望がある ・入浴を拒否する ・ 自分の身体を傷つける ・ 火の不始末がある				
介護上注意する点等						