

介護老人保健施設 洛和ヴィラサラサ 利用申込書

利用希望（入所・ショートステイ）

（記入日）平成 年 月 日

利用者	フリガナ			明治				
	氏名	(男・女)		大正	年	月	日生まれ	
				昭和			(満 歳)	
	住所	〒 -		TEL: ()				
	介護保険 被保険者 証	番号			要介護 (1・2・3・4・5)			
		認定年月日	平成	年	月	日		
認定の有効期間		平成	年	月	日	~	平成 年 月 日	
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 () <input type="checkbox"/> その他 ()							
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種 級 障害名:) <input type="checkbox"/> 無							
保証人	フリガナ			年齢	続柄	職業		
	氏名	(男・女)						
	住所	〒 -		TEL① () ② ()				
利用希望内容	入所	入所希望期間	() か月	利用希望日: 平成 年 月 日				
		現在の生活	<input type="checkbox"/> 在宅 (一人暮らし・家族と同居)					
			<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) 年 月 日~					
			<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名:) 年 月 日~					
	退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院						
居宅介護 支援事業所名		(担当介護支援専門員)						
		TEL () -		FAX () -				
他施設の 申込み状況	<input type="checkbox"/> 申し込んでいない <input type="checkbox"/> 申し込んでいる 申込施設名:							
入所申込理由								
緊急連絡順・氏名		続柄	住所			電話番号		
①			〒 -			自宅 携帯		
②			〒 -			自宅 携帯		
③			〒 -			自宅 携帯		
(家族構成)			利用しているサービス					
			デイサービス (回/週) デイケア (回/週)					
			訪問介護 (回/週) 訪問看護 (回/週)					
			ショートステイ (日/月)					
			福祉用具 (その他)					
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 / 同居者を囲って下さい								

・空き状況によってはご希望通りにご利用いただけない場合もございます。

・半年間ご連絡のない場合は、当施設としても管理上キャンセルとさせて頂く事がありますので、都度近況をご報告ください。

ADL表①

記入日： 年 月 日

様

記入者：

続柄：

麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢）		
筋力低下	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	座位が可能な時間	分程度
痛みの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位： 対処方法：）		
リハビリ希望・目標			
特記事項			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行（ <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> バギー・歩行器 <input type="checkbox"/> 伝い歩き）	移動介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 車椅子（ <input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 移乗可 <input type="checkbox"/> 不可） <input type="checkbox"/> 寝たきり	装具	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> あり（部位：）
立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		
立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない		
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない		
転倒・転落歴	転倒歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頻度：		
	どのようなときに：		
	転落歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頻度：		
	どのようなときに：		
特記事項			
着替え	・上衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	・下衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
特記事項			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具（）		
飲み込み	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> むせ込み <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	トロミ	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 食事） <input type="checkbox"/> なし	
食事内容	食種 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食		
	主食 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他		
	副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> ーカット <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ブレンダー <input type="checkbox"/> その他		
	制限 <input type="checkbox"/> 塩分制限食（ g） <input type="checkbox"/> カロリー制限（ kcal） <input type="checkbox"/> その他：		
	好きな食べ物：		
	嫌いな食べ物：		
アレルギー食材：			
	服薬に伴う禁食：		
特記事項			
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	入れ歯	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯） <input type="checkbox"/> なし
特記事項			
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴・チェア浴 <input type="checkbox"/> 機械浴・臥床浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴		
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
特記事項			
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ自立 <input type="checkbox"/> トイレ介助 <input type="checkbox"/> 夜はポータブルトイレ（ <input type="checkbox"/> 介助要） <input type="checkbox"/> 終日ポータブルトイレ（ <input type="checkbox"/> 介助要）		
	<input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 終日オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル		
	排尿回数	7～19時の間 回 / 19～7時の間 回	頻尿傾向 <input type="checkbox"/> あり（ 分おき） <input type="checkbox"/> なし
	排便回数	回 / 日	下剤使用 <input type="checkbox"/> あり（種類：） <input type="checkbox"/> なし
	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
尿失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	便失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	
特記事項			

ADL表②

記入日： 年 月 日

様

記入者：

続柄：

睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠	眠剤使用	<input type="checkbox"/> あり(薬品名：) <input type="checkbox"/> なし
起床・就寝	起床： ～： 頃	就寝	： ～： 頃
特記事項			
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mで見える <input type="checkbox"/> 目の前でやっと <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 (<input type="checkbox"/> 眼鏡使用)		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通声やっと <input type="checkbox"/> 大声で <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 (<input type="checkbox"/> 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
特記事項			
会話	<input type="checkbox"/> 成立する <input type="checkbox"/> 簡単な会話はできる <input type="checkbox"/> こちらの話が理解できない <input type="checkbox"/> 話が全く通じない		
特記事項			
日常生活自立度	寝たきり <input type="checkbox"/> 正常 <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"/> 正常 <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		
認知面	自分の名前を答えられる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	生年月日・年齢を答えられる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	自分の居る場所が分かる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
	食事をしたことを数分後に忘れる <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> よくある		
	私物の整理ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> できない		
	意思表示できる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単なことならできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない		
行動面	物を盗られたなど被害的になる <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	実際にはないものが見える <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	実際にはない音が聞こえる <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	夜間の不眠がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	暴言がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	暴力行為がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	助言や介護に抵抗する <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	いろいろな物を集める <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	他の人の物を持ってくる <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	不潔な行為をする <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	食べられないものを口にする <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	周囲が迷惑するような性的行為などがある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
行動面の チェック項目 詳細			
既往歴・ 現病歴	疾患名	時期	医療機関名
医療処置の 有無	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養・鼻腔栄養・胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> シャント(水頭症) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー(最終点検日 年 月 日) (次回点検予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(導尿など)：		
趣味・日ごろ大事にしていること			