

京都府介護老人保健施設 共通申込書

施設名

ver.1

- 通所リハビリ
 短期入所
 入所

() 御中

記入日: 平成 年 月 日

記入者:

利用者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治			
	氏名				<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日生まれ <input type="checkbox"/> 昭和 (満 歳)			
	住所	〒 -						
	TEL	() -						
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病院) <input type="checkbox"/> 老健() <input type="checkbox"/> その他()						
	現在のかかりつけ医	病院			医師			
	病名・既往歴 (分かれれば)							
	健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名) <input type="checkbox"/> その他()						
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級 (障害名:))						
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)						
	介護保険 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階) 年金額 円/月						
	介護 保険	・要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	・要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分 変更中	被保険者番号	-			
				認定日	平成	年	月	日 (※区分変更中の場合はその申請日を記入)
				有効期間	平成	年	月	日~平成 年 月 日
居宅介護支援事業所名					担当ケアマネ			
TEL	() -		FAX	() -				

身元 引 受 人	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	続柄	職業
	氏名						
	住所	〒 -					
	TEL	() -		携帯	() -		

日常生活動作(ADL) 確認表

記入日：平成 年 月 日
 記入者：

様

移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他(特記記入)		
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度、骨折歴、最近の転倒状況記入)				
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	センサーマット使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	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	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位など)		
特記事項						
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> いつもポータブル(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ <input type="checkbox"/> 尿器(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> パルーン				
	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(排便 日に1回)		
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	夜間の状況	就寝後の排泄回数(約 回)		
	特記事項					
入更浴衣	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	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		
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> その他()				
	特記事項					
食事・口腔ケア	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	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない		
	むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり	水分トロミ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 糖尿病食(kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限食(g) <input type="checkbox"/> その他()			
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他()			
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ付き <input type="checkbox"/> その他()			
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり				
	義歯	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分義歯 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 総義歯) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず				
	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(<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用 <input type="checkbox"/> うがいのみ) 残菌 <input type="checkbox"/> あり(約 本) <input type="checkbox"/> なし				
(使用器具、アレルギー、嗜好など)						
特記事項						
身体状況等	基礎情報	身長 cm 体重 kg (月 日現在)	体重の減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ヶ月で kg減)		
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				
	関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)		
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用				
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも)				
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 (<input type="checkbox"/> 眠剤使用)		
	特記事項					
その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない			ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない
	ことばの理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない				
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為				
		<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他()				
	日常生活自立度	障害自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <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			
	医療情報	<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記に記入) <input type="checkbox"/> 透析(回/週) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法				
		<input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門				
<input type="checkbox"/> 床ずれ処置 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ペースメーカー						
特記事項						

生活歴・一日の過ごし方・一週間の過ごし方、性格、趣味など。出来るだけ詳しくご記入下さい。