

平成 年 月 日

## 介護老人保健施設むさしの苑 申請書

申込者 氏名:

(ご希望のサービスにレ点をして下さい)  入所  ショートステイ

利用希望者	住所	〒		TEL	
	(フリガナ) 氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	
	利用理由				
	希望部屋	多床室 個室 どちらでも			
	介護保険	被保険者番号( ) 保険者番号( ) 保険者の名称(市町村名) ( ) 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ・介護認定交付年月日 年 月 日 ・介護認定年月日 年 月 日 ・介護認定有効期限 年 月 日～ 年 月 日 ・介護保険負担限度額認定証 有 →(食費の負担限度額 300円 390円 650円 )・無			
	医療保険	・後期高齢者医療被保険者証番号( ) ・国民健康保険 ( )			
	その他	・生活保護 ( 福祉事務所:担当CW 様)			
	身障手帳 (お持ちの方)	障害名		記号番号 取得年月日	
		種 級			

身元引受人	(フリガナ) 氏名	続柄		
	住所 〒	TEL FAX		
	メールアドレス(携帯・PC)			

緊急連絡先	(フリガナ) 氏名	続柄	時間帯	連絡可能な電話番号・携帯番号・メールアドレス(携帯・PC)
	①			
	②			
	③			

連絡はご指定がない限り全て身元引受人の方へ連絡させていただきます。緊急連絡については身元引受人の方と連絡取れなかった場合、時間帯を見ながら①から順番に連絡させていただきます。最初に連絡のついた方で、当苑からの連絡は打ち切らせていただきます。

## プロフィール

出身地 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_

趣味 \_\_\_\_\_

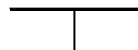
性格 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 家族構成



男性 女性 同居者は囲って下さい

## 今後の予定

今後の予定先として考えている事をご記入下さい

1. 在宅 2. 特養 3. 老健 4. 療養型病院 (いずれかを選択して下さい)

具体的には… 1. 施設名( ) 申請日 年 月 日

2. 施設名( ) 申請日 年 月 日

3. 施設名( ) 申請日 年 月 日

今後の事について何かお考えがあればご記入下さい

ご利用中のご意向についてお聞かせ下さい。

ご入所後に介護計画書(ケアプラン)の参考にさせていただきます。

ご本人

ご家族

## 施設利用料請求書送付先

1	〒 住所	TEL
	氏名	⑩ 続柄
2	〒 住所	TEL
	氏名	⑩ 続柄

1の方が支払い不能になった場合は、2の方にお支払いをお願いすることになります。

ADL(日常生活動作)表

記入日 年 月 日

様 記入者: 続柄:

身長	cm	体重	kg	(	年	月	日現在)	
1	1	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 <input type="checkbox"/> その他(四肢の欠損)					
	2	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位: )					
		特記事項						
2	1	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> 全介助					
	2	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> 全介助					
	3	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		4	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
	5	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		6	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
	7	移動	<input type="checkbox"/> 歩行( <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 伝い歩き) <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助)					
	8	転倒歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度: ) どのような時に( )					
			特記事項					
	3	1	食事摂取	<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(特記へ)】				
2		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"/> なし	
3		食事内容	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"/> その他( )				
			副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )				
			治療食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他( )				
	制限	<input type="checkbox"/> 塩分制限( 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 :		禁食:			
		特記事項						
4	1	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					
	2	義歯	<input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 部分入れ歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自歯のみ					
		特記事項						
5	1	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト・チェア浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭					
			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				
			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				
	2	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					
3	更衣	<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						
6	1	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導( <input type="checkbox"/> 定時 <input type="checkbox"/> 訴え時) <input type="checkbox"/> 全介助					
	2	用具	<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 <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル					
	3	排泄	排便回数	回/日	頻尿傾向	<input type="checkbox"/> あり( 分おき) <input type="checkbox"/> なし		
	4		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	
	5		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						
7	1	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠		眠剤使用	<input type="checkbox"/> あり(薬品名: ) <input type="checkbox"/> なし		
	2	起床・就寝	起床 :	頃	就寝 :	頃		
		特記事項						
8	1	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <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)					
	2	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <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)					
	3	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						
9	問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 介護抵抗						
	特記事項	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他(特記へ) <input type="checkbox"/> 判断不能 対応策など						
	日常生活自立度	寝たきり	<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					
10	医療処置の有無	<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"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> シャント(水頭症) <input type="checkbox"/> その他(導尿など)						