

つかまの里利用申込書

令和 年 月 日
受付者

希望されるサービス		長期入所サービス ・ 短期入所サービス ・ 通所リハビリ					
フリガナ						M・T・S	
利用者氏名	様				男	女	M・T・S
					年	月	日
住所	〒					TEL	
第一連絡者	氏名				続柄	同居・別居	
	住所	〒				TEL 携帯	
現在いる場所	1. 在宅 独居・配偶者・家族・その他() 2. 病院 () 入院期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 3. 施設 () 入所期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)						
介護度		ケアマネジャー	事業所名:			担当者:	
現在利用されているサービス							
主治医	病院名: (科 先生)						
障害手帳	あり・なし (身障・療育・精神) 種 級 (障害名:)						
介護保険負担限度額認定証		第一段階		第二段階		第三段階 第四段階	
希望する居室	個室 個室が空くまで4人部屋でも可 4人部屋 4人部屋が空くまで個室でも可						
施設利用目的							
退所後の予定		在宅復帰 未定 施設利用 (申込み 済み・未)					
現病歴(発病時期や病院名も)						薬・処置	
既往歴(発病時期や病院名も)							
家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	同別居	備考	
お体の状態や施設生活に対してのご希望						家族構成	
何かお困りの点をお書き下さい。							
生活歴・職歴・趣味など							

心身の状況、日常生活動作について

食事	主食 (ご飯 お粥 ミキサー)		特記事項	
	副食 (普通 大刻み 小刻み ミキサー)			
	水分 (普通 うすトロミ トロミ)			
	食事摂取量 (七割以上 半分以上 三割以下)			
	食事方法(自立 一部介助 全介助) 道具()			
	嚥下状態(良好 飲み込みが悪い)			
	嫌いなもの、アレルギーのある食品()			
	歯の状況 (自歯 部分入歯(上 下) 総入歯(上 下) 顎のみ)			
	経管栄養	(胃ろう 鼻腔)	朝	cal + cc
	種類	()	昼	cal + cc
	補水	()	夕	cal + cc
排泄	排泄動作	(自立 一部介助 全介助)		
	排泄状況	昼(下着の種類や排泄方法等)	夜	
	尿意	(ある なし)	便意 (ある なし)	
	失禁	(ある 時々ある なし)	排便状況 (日に 回)	
基本動作	寝返り	(できる つかまればできる できない)		
	座位保持	(つかまらないでできる 背もたれが必要 できない)		
	立ち上がり	(できる つかまればできる できない)		
	歩行	(できる 見守り必要 介助でできる できない)		
	補助具	()		
	移乗	(できる 見守り、一部介助でできる 全介助)		
入浴	(一般浴 特浴) (自立 見守り 一部介助 全介助)			
着替え	(できる 指示、一部介助でできる 全介助)			
洗面・歯磨き	(できる 指示、一部介助でできる 全介助)			
意思疎通	視力	(見える あまり見えない 見えない)		眼鏡 (ある なし)
	聴力	(聞こえる あまり聞こえない 聞こえない)		補聴器 (ある なし)
	会話	(話せる 返事のみ 話せない[構音障害 失語症])		
	理解力	介護者の言っていることが (わかる わからない 不明)		
その他	褥瘡	(ある なし)	部位()	
	麻痺	(ある なし)	部位()	
	転倒、転落の危険が	(高い 普通 低い)		
精神症状	徘徊 帰宅願望 離設行為 妄想・幻覚・幻聴 夜間不眠 暴言・暴力			
	放尿 介護抵抗・拒否 収集癖 不潔行為 異食行為 意欲低下 大声			
特記事項(精神面等に関して)				