

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 | 男 女 | | 年 月 日 | | 歳 | |
| 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) | | | | |