

| | | | | | |
|----|-----|------|-----|----|----|
| 呈覽 | 施設長 | 副施設長 | 事務長 | GL | 師長 |
| | | | | | |

田子町介護老人保健施設

申込日 令和 年 月 日

老健たっこ 施設長 殿

介護老人保健施設（入所・短期入所）申込書

下記により、貴施設の利用を申し込みます。

| | | | | | | |
|---|--|--|---|----------------------------|----------|-------------|
| 利用者 | フリガナ | | 印 | <input type="checkbox"/> 男 | 明治・大正・昭和 | 歳 |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | |
| | 住所 | 〒 | - | | TEL | 携帯 |
| 申込者 | フリガナ | | 印 | 続柄 | 大正・昭和・平成 | 歳 |
| | 氏名 | | | | 年 月 日 | |
| | 住所 | 〒 | - | | TEL | 携帯 |
| | <input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> 身元引受人 <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 | | | | 勤務先 | TEL |
| 介護保険 | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 () | | | 被保険者 | |
| | 負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 | | | 番号 | |
| | 居宅介護支援事業所： | | | | 認定日 | 年 月 日 |
| | 担当者名： | | | | 認定期間 | 年 月 日～年 月 日 |
| 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無 <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) | | | | | | |
| 医療保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> () 認定証 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | | |
| 障害手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級) 障害名： | | | | | | |
| 利用 | 短期入所 | 希望理由 | <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | | 希望期間 | <input type="checkbox"/> 年 月 日～年 月 日 (約 日間) <input type="checkbox"/> いつでも可 (約 日間) | | | |
| 希望 | 長期入所 | 希望理由 | <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | | 今後の方向性 | <input type="checkbox"/> 在宅復帰 (月頃) <input type="checkbox"/> 他施設への申し込み <input type="checkbox"/> 検討中 | | | |
| | | 申請中の施設 | <input type="checkbox"/> 老健 () <input type="checkbox"/> 特養 () その他 () | | | |
| 内容 | 介護上の問題点、施設への要望等 (できるだけ具体的に) | | | | | |

利用者氏名

記入日 年 月 日

様

記入者：

★入所希望者の状況

| | |
|-------------------|--|
| 現在の居場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 (通院・訪問診察) かかりつけ病(医)院・医師名 () |
| | <input type="checkbox"/> 病院 (病(医)院) 医師名 () (入院日 年 月 日) |
| | <input type="checkbox"/> 施設 () (入所日 年 月 日) |
| | <input type="checkbox"/> その他 () (入所日 年 月 日) |
| 診断名 既往歴 入院歴 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症 <input type="checkbox"/> 脳内出血後遺症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 貧血() <input type="checkbox"/> 認知症 () <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨折 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 入院歴 () |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤、食物等) |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> その他) |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルン交換 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> ^ペ -スーマー <input type="checkbox"/> その他 () |
| 現在入院中の方 | <入院の経過・病院からの病状の説明内容や今後の方針・家族の受け止め方や家族の希望> |
| 使用中の薬剤 | *お薬手帳添付可 |

★特記事項

| |
|-------------------------|
| <生活歴・性格・趣味などできるだけ詳しく記入> |
| <在宅サービス利用の方は、内容について記入> |

★緊急連絡先と家族構成 主介護者：

| 家族構成と連絡先 | 氏名(連絡順) | 年齢 | 続柄 | 電話番号 | | 家族構成 (□男、○女、同居者を囲う) | |
|----------|---------|----|----|------|--|---------------------|--|
| | 勤務先 | | | 自宅 | | | |
| | | | | 携帯 | | | |
| | 勤務先 | | | 自宅 | | | |
| | | | 携帯 | | | | |

記入日： 年 月 日

利用者氏名 様

記入者：

★日常生活動作（ADL）確認表

| 日常生活 自立度 | 生活度 | □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 | HDS-R 点 | 身長 cm | 体重（ / ） Kg |
|------------------------|---------------------|-------------------------------------|------------|----------|---------------|
| | 認知症 | □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M | | | |
| 移動等 | 移動 | □自立 □一部介助 □全介助 □いざり □つかまり | | | |
| | 移動手段 | □独歩 □杖 □車椅子 □ストレッチャー □その他（ ） | | | |
| | 立位 | □可 □支えがあれば可 □不可 | | | |
| | 移乗 | □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | | | |
| | 寝返り | □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | | | |
| 排泄 | 排泄 | □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | | | |
| | | □トイレ □ポータブルトイレ □オムツ □リハビリパンツ | | | |
| | | □綿パンツ □パット使用 □夜だけオムツ □一日中オムツ | | | |
| | | □尿器 □バルン留置 □下剤調整あり | | | |
| 尿意・便意 | 尿：□なし □あり 便：□なし □あり | | | | |
| 入浴 | 入浴 | □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | | | |
| | 着脱 | □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | | | |
| | 入浴方法 | □浴槽 □特浴（□車椅子 □寝たきり） | | | |
| | 皮膚ケア | □敏感肌 □軟膏塗布 □褥瘡（部位 | | | |
| 食事 | 摂取状況 | □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | | | |
| | 食事内容 | □常食 □全粥 □ミキサー食 □その他（ ） | | | |
| | | □むせあり □粗きざみ □細ざみ □とろみつき | | | |
| | 特別食 | □糖尿病食（ Kcal） □減塩食（ g） □その他 | | | |
| | 経管栄養 | □経鼻 □胃ろう（種類 | | | |
| | 食器 | □はし □スプーン □自助食器 □その他（ ） | | | |
| | 義歯 | □なし □あり（□総義歯上・下 □部分上・下） □使用せず | | | |
| 口腔ケア | □自立 □見守り □一部介助 □全介助 | | | | |
| 身体・精神状況 | 麻痺 | □なし □右 □左 □上肢 □下肢 利き腕 □右 □左 | | | |
| | 関節痛 | □なし □あり（部位 | | | |
| | 視力 | □見える □見えにくい □眼鏡使用 | | | |
| | 聴力 | □聞こえる □聞こえにくい □補聴器使用 | | | |
| | 意思疎通 | □できる □ほとんどできない | | | |
| | 言葉の理解 | □できる □ほとんどできない | | | |
| | ナースコール | □押せる □押せない □不明 | | | |
| | 睡眠 | □良眠 □不眠（眠剤使用 | | | |
| | 行動障害 | □なし □徘徊 □暴言 □暴行 □昼夜逆転 □妄想 □異食 | | | |
| | | □不潔行為 □幻聴 □幻視 □介護への抵抗 □大声をあげる | | | |
| 抑制対策 | □なし □あり（内容 | | | | |
| ＜問題行動や介護上の問題点などを詳しく記入＞ | | | | | |