

呈覽	施設長	副施設長	事務長	GL	師長	リハビリ科長

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	
					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	被保険者			
		<input type="checkbox"/> 申請中 ()	番号			
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	認定日		年 月 日	
	居宅介護支援事業所：		認定期間		年 月 日～ 年 月 日	
	担当者名：		TEL			
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：						
利用希望内容	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)			
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			
		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 ()			
		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"/> H^+ -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			T
				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＞					