

有料老人ホーム・ショートステイ・デイサービス 申込書

記入年月日 年 月 日

ふりがな			予防	要支援1	要支援2	申請中	公費	
氏名	様		要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			有 無	
			(介護保険負担限度額認定証) 有 () 段階 無					
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)					性別	男 ・ 女	
住 所	電話							
入居希望日	年 月 日 から 利用希望							
緊急連絡先	1	氏名	様 続柄 ()		電話			
		住所			携帯			
	2	氏名	様 続柄 ()		電話			
		住所			携帯			
	3	氏名	様 続柄 ()		電話			
		住所			携帯			
家族構成 (キーパソン)			主治医 (医院・病院)					
					医院・病院		先生	
			緊急時対応の可否					
			電 話					
			住 所					
既往歴 (主病名に●をつける)			生活歴 (職業・学歴・宗教・趣味等)					
内服薬・外薬				医療的処置等				
日常生活自立度判定基準								
寝たきり	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1 C2	
認知	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV M	
意志疎通	可能	困難	幻覚妄想・昼夜逆転・徘徊・弄便・暴力・大声・その他 ()					
担当ケアマネジャー 様					事業所名			
					電 話			
備考欄								

身体状況	体 格	身 長	cmくらい	体 重	kgくらい
	視力障害	無 ・ 有	眼鏡	使用・未使用	
	聴力障害	無 ・ 有	補聴器	使用・未使用	右・左・両方
	運動機能障害	無 ・ 有	有の場合 ()		
	拘 縮	無 ・ 有	部 位 ()		
	麻 痺	無 ・ 有	部 位 ()		
	褥 瘡	無 ・ 有	部 位 ()		
	皮膚疾患	無 ・ 有	部 位 ()		
	浮 腫	無 ・ 有	部 位 ()		
感 染 症	無 ・ 有 [MRSA・結核・HCV・W氏・その他 ()				
アレルギー	無 ・ 有 食物 () 薬 () 他 ()				
移動動作	歩 行	自立 ・ 杖歩行 ・ 介助歩行 ・ その他 ()			
	車椅子	持ち込み 有 ・ 無 備考 ()			
起居動作	立ち上がり		起き上がり		
	立位保持		寝返り		
食 事	食事方法	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	形 態	主食	ふつう ・ お粥 ・ ミキサー		
		副食	ふつう ・ 軟菜 ・ きざみ () ・ ミキサー ・ とろみ		
		経管栄養	() kcal/day ・ 胃瘻		
	制 限 食		嗜 好 食		
	通常の食事摂取量	普通・小盛り	食 欲	普通 ・ 不振	
	嚥下・咀嚼障害	有 ・ 無	()		
	義 歯	有 ・ 無	()		
排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()				
	尿 意	無 ・ 有 ()	便 意	無 ・ 有 ()	
	排泄方法	トイレ・ポータブル・オムツ・リハビリパンツ・尿器・布パンツ・パット			
留置 ・ その他 ()		夜間排泄方法			
整 容	更 衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	洗 面	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
備 考					