

# 介護老人保健施設 のむぎ 利用申込書

◆太枠内のみご記入ください

申込日 月 日

【申込者（連絡先）】※利用希望者ではなく申し込みに来られた方

申込者 氏名		続柄	
申込者 住所	〒 - Tel ( (勤務先)	携帯	- - Tel ( )

希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア） <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（ショートステイ）		
利用時期	<input type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃から利用希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
現在お困りな こと等			
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
他施設等への 申込状況	すでに申し込んで <input type="checkbox"/> いる(下記へ施設名・申し込み時期をご記入ください) <input type="checkbox"/> いない 施設名( )   申し込み時期( 年 月)		

担当ケアマネジャー:氏名	事業所名	Tel ( )
--------------	------	---------

利用希望者の状況	フリガナ		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )		
	氏名		生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (満 歳)			
	現住所 〒 -		Tel ( )			
	職歴:		趣味:		生きがい:	
	要介護 認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			利用希望者は当サービスの利用を <input type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない	
	介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない					
	家族 状況	氏名	年齢	続柄	同居 別居	備考(緊急時の対応可否等)
※当施設利用時の他医療機関の受診(緊急時含む)は、原則ご家族対応となっております。ご協力お願い致します。						
現在 利用 中の の	<input type="checkbox"/> 通所サービス(事業所名: )		週	回)		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(事業所名: )		週	回)		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所名: )		週	回)		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ(事業所名: )		月	日)		
<input type="checkbox"/> その他 (事業所名: )						
<input type="checkbox"/> サービスを利用していない						

※わかる範囲で現在の心身状況についてご記入ください

医療状況	【現病】(現在治療中の疾病等やその時期)  【既往歴】(過去にかかった疾病等やその時期)	※施設記入欄
※処置が必要な方は以下の項目に該当する場合はチェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 床ずれ(部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )		
身体状況	食事 摂取動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態：(主) <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他( ) ：(副) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミジン <input type="checkbox"/> ペースト 歯の状況： <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 顎のみ アレルギー有無： <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )	
排泄	排泄動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況： <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿とりパット <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他( ) 尿意： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない 便意： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
移動	移動動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移動状況： <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器を使用 <input type="checkbox"/> シルバーカーを使用 <input type="checkbox"/> 車いす(自操・介助) <input type="checkbox"/> その他( )	
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 掴まる物があれば可 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可	
座位	<input type="checkbox"/> 姿勢保持できる <input type="checkbox"/> 短時間なら姿勢保持できる <input type="checkbox"/> 背もたれが必要	
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 掴まる物があれば可能 <input type="checkbox"/> 不可	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
会話	<input type="checkbox"/> 意思を伝えられる <input type="checkbox"/> 意思を伝えられない	
精神状況	<input type="checkbox"/> 認知症状はない <input type="checkbox"/> 何らかの認知症状を有するが、日常生活に特に支障はみられない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるが、家族などの見守りがあれば生活できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があり、常時家族などの介護を必要としている <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門医療機関に定期受診し内服中  ※認知症状がある方は以下の項目に該当する場合はチェックを入れて下さい <input type="checkbox"/> 物忘れがある <input type="checkbox"/> 目的もなく動き回る <input type="checkbox"/> 大声や奇声を上げる <input type="checkbox"/> 物を集めてしまい込む <input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄をする <input type="checkbox"/> 夜間眠れない <input type="checkbox"/> 実際にはない物が見えたり、聞こえたりする <input type="checkbox"/> 食品以外の物を口に含む <input type="checkbox"/> 同じことを何度も訴える <input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある <input type="checkbox"/> 感情が不安定になる <input type="checkbox"/> 入浴を拒否する <input type="checkbox"/> 介護拒否がある <input type="checkbox"/> 帰宅願望が強い <input type="checkbox"/> その他( )	判定会議( / ) 可・不可・保留 理由( ) 結果通知( / ) 面接( / )

※服薬中の方は、処方せんやお薬手帳などのコピーを持参下さい。