

## 利用申込書（一般・短期・通所）

平成 年 月 日

ふりがな 利用希望者 氏名		男 ・ 女	M・T・S	年	月	日生	歳
			要介護度	1	2	3	4 5
住 所	〒  5						
ふりがな 身元引受人 氏名			利用希望者 との続柄				
住 所	〒  5						
緊急時 連絡先 (自宅以外)	氏名		勤務先・自宅住所				
	本人との続柄		5				
	氏名		勤務先・自宅住所				
	本人との続柄		5				

※ 緊急時連絡者はご家族と連絡が取れない場合、御家族代わりになって下さる方が御家族と連絡の取れる方をお願いします。

家族構成								
あてはまる方に○をつけてください								
氏名	年齢	続柄	世帯主	介護者	保証人	同居	利用料 請求先	職業（勤務先）
療養室の希望 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋								
身体障害者手帳	有 ・ 無			等級：	種	級	障害名称：	
				交付日：	年	月	日	



## くらしのプロフィール

利用者

記載者

記載日 平成 年 月 日

## ①身体状況について

当てはまる箇所を○で囲んで下さい。

	1	2	3	4	備考
視力	右 見えない 左	見えにくい 室内を1人歩き できる	視力のみで人の 区別がつく	読書ができる位 よく見える	眼鏡 右 左
聴力	右 聞こえない 左	声は聞こえるが 何を言われているか 分からない	聞こえにくい 大きな声であれば 分かる	よく聞こえる	補聴器 右 左
意志疎通	できない	かろうじて意志 表示・話の理解 ができる	言葉以外の手段 で会話できる (身振り等)	日常会話が十分 可能	できる 電話 できない
意欲	1日中ボーッと している	声かけに反応ある テレビや人に感 心有り	誘われれば皆の 中にはいる 声かけすれば答 える	趣味をもってい る 自分から話しか ける	
麻痺	麻痺が 床ずれ	ない・ある (どこに) ない・ある (どこに)			

## ② 精神状況について

あてはまる□の中に○を付けて下さい。

○理解力	
<input type="checkbox"/> 毎日の日課を理解することができる	<input type="checkbox"/> 直前に起こったことを忘れる
<input type="checkbox"/> 生年月日や年齢を答えることができる	<input type="checkbox"/> 今の季節を理解することができる
<input type="checkbox"/> 自分の名前を答えることができる	<input type="checkbox"/> 自分のいる場所を理解できる
○精神状態と行動	
<input type="checkbox"/> ひどい物忘れがある	<input type="checkbox"/> 実際に無い物が見えたり、聞こえたりする
<input type="checkbox"/> 物を盗られたなどと被害的になる	<input type="checkbox"/> 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる
<input type="checkbox"/> 作話をし周囲に言いふらす	<input type="checkbox"/> 夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある
<input type="checkbox"/> 暴言や暴行を行う	<input type="checkbox"/> しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてる
<input type="checkbox"/> 大声を出す	<input type="checkbox"/> まわりのことに関心なく、ぼんやりしている
<input type="checkbox"/> 助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> いろいろな物を集めたり、無断で持ってくる
<input type="checkbox"/> 目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/> 火の不始末や管理ができない
<input type="checkbox"/> 一人で外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> 「家に帰る」等言い落ち着きがない
<input type="checkbox"/> 不潔な行為を行う	<input type="checkbox"/> 物や衣類を壊したり、破いたりする
<input type="checkbox"/> 食べられない物を口に入れる	<input type="checkbox"/> 周囲が迷惑している性的行動がある
<input type="checkbox"/> 外出すると病院、施設、家などに戻れなくなる	

③日常生活動作について

当てはまる箇所を○で囲んで下さい。

	1	2	3	4	備考	
寝返り	寝返りがうてない	手伝えばできる		ひとりでできる	寝床は ・布団である ・ベットである	
起上り	寝ている姿勢から起きあがれない	手伝えばできる	手摺・紐などを使えばできる	ひとりでできる	座った姿勢が保てる ・背もたれ必要 ・できる(食事の間)	
起立	立てない	手伝えば立てる	物につかまればひとりで立てる	ひとりで立てる		
移動	歩行	歩けない	物につかまったり手伝ったりすれば歩ける	限られた範囲内では歩ける(屋内・トイレ)	ひとりで歩ける(散歩・屋外)	使用しているもの ・杖・歩行器・装具 ・シルバーカー
	車椅子	全部手伝っている	手伝っている a. 押すことのみ b. 乗り移りのみ		ひとりでできる	
食事	食べ物	食べられない	手伝っている	特別な工夫をすれば食べられる	1人で食べられる a. はし b. スプーン c. フォーク	きざみ食・普通食 食べこぼし(多・少) むせる(多・少)
	飲み物	飲めない	手伝っている		ひとりでできる	飲みこぼし(多・少) むせる(多・少)
排泄	おむつ 1. 1日中 2. 夜間のみ	トイレに誘導すればできる 便意(有・無) 尿意(有・無)	時々失敗するが1人でできる	ひとりでできる	現在使用しているもの ・しびん ・ポータブルトイレ ・和式・洋式	
入浴	清拭のみ	全部手伝っている a. シャワー b. 浴槽	手伝っている ・浴槽の出入り ・洗髪 ・身体を洗う	ひとりでできる	洗い場から浴槽までの高さ cm	
更衣	できない	手伝っている	着替えを用意すれば1人でできる	ひとりでできる		
整容	一人でするものは○、手伝っているものは△で囲んでください。 ・洗面                      ・歯磨き                      ・髪をすく                      ・爪切り                      ・ひげ剃り					

# 診 療 情 報 提 供 書

介護老人保健施設 ふれ愛の里 殿

ふりがな		男	明治・大正・昭和
氏 名		・	年 月 日生 ( 歳)
住 所			
介 護 認 定	未済・済・要介護度 ( ) 有効期限：平成 年 月 日		
病 名			
既 往 歴	アレルギー 有 ( ) ・ 無		
病 歴 お よ び 現 症			
身長：	体重：	血圧：	～ mmHg
認知症の有無	有 (程度：軽・中・重 ※HDS-R 点 年 月 日) ・ 無		
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 有 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 ・ 無 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
皮膚病	疥 癬・白 癬・皮膚掻痒症・褥 瘡 部位 ( ) ・ 無		
移 動	自 立 ・ 見 守 り ・ 間 接 介 助 ・ 直 接 介 助		
食 事	自 立 ・ 見 守 り ・ 間 接 介 助 ・ 直 接 介 助		
嚥 下	できる ・ むせやすい ・ 経管栄養 (経鼻栄養・胃 瘻) ・ IVH		
排 尿	自 立 ・ 見 守 り ・ 介 助 ・ パット使用 ・ おむつ使用 ・ 留置カテーテル		
排 便	自 立 ・ 見 守 り ・ 介 助 ・ おむつ使用 ・ 人工肛門		
入浴着脱衣	自 立 ・ 見 守 り ・ 間 接 介 助 ・ 直 接 介 助		

検査日：平成 年 月 日	胸部 X 線 撮 影
尿 検 査	蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( ) 撮影日：平成 年 月 日 (3カ月以内の写真) 異常所見：有・無 結核の既往：有・無・不明
感 染 症	HBs抗原 ( ) HCV ( ) TPHA ( ) MRSA感染既往 ( ) その他 ( )
血液学的検査	RBC P l a t H b W B C H c t
生化学的検査	TP BUN A l b C r A S T N a A L T K γ G T P F B S T・C h o H b A 1 c T G B N P U A C R P
心 電 図 検 査	
検査日：平成 年 月 日	
異常所見：有・無	
(HBs抗原、HCV検査はできるだけ記入。各データ、心電図、胸部X線はコピーでも可)	
診 断 及 び 今 後 の 診 療	現 在 の 処 方 (コピーでも可)
※ リハビリの必要性 有・無 (○で囲んでください) ※ 他科受診 有・無 (○で囲んでください) 内・整・皮・泌・婦・眼・歯・その他 ( )	

平成 年 月 日

住 所 〒

医 療 機 関 名

医 師

印