

# 利用申込書

<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	記入日: _____年 _____月 _____日 記入者: _____ 利用者との続柄( _____ )
---	---

利用者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名			男・女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 _____年 _____月 _____日 ( _____ 歳)	
	住所	〒 _____				
	電話番号	自宅	( _____ )		携帯	( _____ )
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 独居・同居 ) <input type="checkbox"/> 病院 ( _____ ) 入院日 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 ( _____ ) 入所日 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ( _____ ) 入所日 _____年 _____月 _____日 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 入所日 _____年 _____月 _____日				
	介護保険	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <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			
		被保険者番号	_____			
		認定日	_____年 _____月 _____日 ※申請中・区分変更中の場合は申請日			
		認定有効期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日			
		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			
		負担限度額 認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請予定(申請予定日: _____年 _____月 _____日) <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 )			
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ※有の場合 下記記入 事業所( _____ ) 担当者名( _____ )			
	医療保険	<input type="checkbox"/> 国保(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保(本人・家族) <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
	現在の かかりつけ医	病院・医院・クリニック名( _____ ) 医師名( _____ ) 受診の頻度 <input type="checkbox"/> 1ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> その他( _____ )				
福祉医療制度	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳( _____ 種 _____ 級) <input type="checkbox"/> 横浜市介護サービス自己負担助成証 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳( _____ 級) <input type="checkbox"/> 被爆者手帳					
収入	<input type="checkbox"/> 年金受給( _____ 円/月) <input type="checkbox"/> 年金受給無(支払可能額 _____ 円/月) <input type="checkbox"/> 生活保護(福祉事務所 _____ 担当者)					

身元引受人	フリガナ			続柄	生年月日	
	氏名			職業	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 _____年 _____月 _____日 ( _____ 歳)	
	住所	〒 _____				
	電話番号	自宅	( _____ )		携帯	( _____ )

利用希望内容	入所	希望理由	
		希望居室	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
		今後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 検討中 在宅復帰にあたり解決すべき問題点
			他施設申し込み状況(施設名)
	短期入所	希望理由	
		希望居室	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
		希望期間	<input type="checkbox"/> / / ~ / (泊日) <input type="checkbox"/> いつでもよい
		定期利用	<input type="checkbox"/> 希望する(頻度) <input type="checkbox"/> 希望なし
	通所 リハビリテーション	希望理由	
		希望曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> いつでもよい
		希望時間	<input type="checkbox"/> 6時間以上7時間未満 <input type="checkbox"/> 1時間以上2時間未満
	当施設への要望 (介護・リハビリテーション等)		

緊急連絡先	連絡順	(フリガナ) 氏名	利用者との続柄	電話番号	
	①		在住	自宅	( )
				携帯	( )
				勤務先	( )
②		在住	自宅	( )	
			携帯	( )	
			勤務先	( )	
③		在住	自宅	( )	
			携帯	( )	
			勤務先	( )	

※家族構成…利用希望者の配偶者、子、介護の協力が得られる親族 全て記入 本人と同居の場合 ○を記入

家族構成	氏名	年齢	利用者との続柄	職業	健康状態	介護への 協力	同居
					良好・不良	可 否	
					良好・不良	可 否	
					良好・不良	可 否	
					良好・不良	可 否	
					良好・不良	可 否	
					良好・不良	可 否	
					良好・不良	可 否	

※在宅サービスをご利用中の方のみご記入下さい。(例:ヘルパー、デイサービス 等 可能なら事業所名もお願いします)

介護保険サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
	AM						
	PM						

住宅状況	住宅タイプ	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅( 階建て 階)(エレベーター 有・無)	
	階段	<input type="checkbox"/> 有(場所: _____ 段)	<input type="checkbox"/> 無
	自宅内段差	<input type="checkbox"/> 有(場所: _____)	<input type="checkbox"/> 無
	専用居室	<input type="checkbox"/> 有( 階 畳 洋室・和室)	
	車イス使用	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
	寝具	<input type="checkbox"/> ベッド	<input type="checkbox"/> 布団

生活状況	趣味・楽しみ		好きな食べ物	
	性格		嫌いな食べ物	
	喫煙	<input type="checkbox"/> 有(1日 本) <input type="checkbox"/> 無	飲酒	<input type="checkbox"/> 有(1日 ) <input type="checkbox"/> 無
	生活歴	※出身地やお仕事など、現在に至るまでの略歴をご記入下さい。		

※服薬状況についてはお薬手帳、お薬の説明書、診療情報提供書 等で確認させていただきます。

医療状況	病歴	病名	時期(発症年月日)	医療機関	手術 有・無	定期受診 有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無
					有・無	有・無
	医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 褥創(床ずれ) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル、導尿 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開後 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 感染症( )				

日常生活動作(ADL)確認表

※印にチェックした場合、詳細を特記事項にご記入下さい。		特記事項
移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他※
	転倒	<input type="checkbox"/> 有※ <input type="checkbox"/> 無
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可
	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助※ <input type="checkbox"/> 全介助
	寝返り	<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	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
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ(日中・夜間) <input type="checkbox"/> 紙オムツ(日中・夜間) <input type="checkbox"/> その他※ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(日中・夜間) <input type="checkbox"/> 尿器(日中・夜間)
	使用用品	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 紙オムツ
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 排便 日に1回 便秘時の対応:
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	尿便失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	排泄回数	1日 回程度(うち夜間 回程度)
入浴・更衣	入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助※ <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣(着脱)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助※ <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴(家庭用浴槽・大浴槽) <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ
	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所サービス利用 <input type="checkbox"/> 訪問サービス利用
食事	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助※ <input type="checkbox"/> 全介助
	飲み込み	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> 出来ない
	むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	水分トロミ	<input type="checkbox"/> あり(弱・中・強) <input type="checkbox"/> なし
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他※
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他※
	療養食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食1日 kcal <input type="checkbox"/> 塩分制限食1日 g <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> その他※
	使用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具※ <input type="checkbox"/> その他※
	摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> ムラあり
	義歯	<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 使用していない 残歯本数 本
身体状況・その他の情報	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり(食品 薬剤: ) <input type="checkbox"/> なし
	身長	cm 体重 kg 体重減少 ヶ月で kg
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり(右上肢・右下肢・左上肢・左下肢) <input type="checkbox"/> なし
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 見えない(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 補聴器使用
	意志疎通	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 時々出来る <input type="checkbox"/> ほとんど出来る <input type="checkbox"/> 出来ない
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他( )
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 金銭管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ナースコール <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない
	日常生活自立度	障害自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M