

京都府介護老人保健施設 共通申込書

施設名【 】御中

通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション
ショートステイ ・老健入所 (当てはまるものに✓印)

(□をクリックすれば✓が入力されます。以下同様)

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者： _____ (所属 _____)

| | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--|---|---|----|----|---|-----|
| 利 用 者 | フリガナ | | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 明治 | 年 | 月 | 日 | 生まれ |
| | 氏名 | | <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 大正 | | | | 歳 |
| | 住所 | 〒 _____ | | | | | | |
| | TEL | (_____) | FAX | (_____) | | | | |
| | 現在の居場所 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 (_____ 病(医)院) (入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 老健 (_____) (入所日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> その他 (_____) (入所日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) | | | | | | |
| | 現在のかかりつけ医 | _____ 病院 医師名 _____ | | | | | | |
| | 病名・既往歴・ 使用中の薬剤 (お薬手帳コピー添付可) | | | | | | | |
| | 医療保険 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名 _____) <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | | | |
| | 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 種 _____ 級 障害名： _____) | | | | | | |
| | 精神障害者 保健福祉手帳 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 級) | | | | | | |
| 介護保険 負担限度額認定証 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <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) 年金額 _____ 円/月 | | | | | | | |
| 介 護 保 険 | 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 | 負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 3割 | | | | | |
| | | 被保険者 番号 | | | | | | |
| | | 認定日 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 (区分変更中の場合はその申請日を記入) | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 | 有効期間 | _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | |
| 身 元 引 受 人 | フリガナ | | <input type="checkbox"/> 男 | 年齢 | 続柄 | 職業 | | |
| | 氏名 | | <input type="checkbox"/> 女 | | | | | |
| | 住所 | 〒 _____ | | | | | | |
| | TEL | (_____) | 携 帯 | (_____) | | | | |
| 事業所名 | | | 担当 ケアマネ | | | | | |
| TEL | (_____) | FAX | (_____) | | | | | |

利用者名

様

京都府介護老人保健施設 共通申込書

| | | | | |
|--------|----------------------------------|--|--|--|
| 利用希望内容 | 訪問 リハビリ | 希望理由 | | |
| | | 希望曜日・時間 | <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"/> 日 (週____回) | |
| | 通所 リハビリ | 希望理由 | <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流 <input type="checkbox"/> その他 (下記の希望記入欄に記入) | |
| | | 希望曜日・時間 | <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"/> 日 (週____回) : ~ : | |
| | | 通所リハ利用前 24 ヶ月以内のリハビリテーションに関する介護保険又は医療保険の報酬請求の確認 <input type="checkbox"/> 6 ヶ月以上の報酬請求がある <input type="checkbox"/> 6 ヶ月以上の報酬請求がない | | |
| | 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 (下記の希望記入欄に記入) | |
| | | 希望部屋 | <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2 人部屋 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい | |
| | | 希望期間 | <input type="checkbox"/> _ / _ ~ _ / _ (約_日間) <input type="checkbox"/> いつでもよい (約_日間) | |
| | | 定期利用希望 | <input type="checkbox"/> 定期的に利用希望 (____ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望 | |
| | 老健入所 | 希望理由 | <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活継続困難 <input type="checkbox"/> その他 (下記記入) | |
| | | 希望部屋 | <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2 人部屋 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい | |
| | | 希望期間 | <input type="checkbox"/> 約____ヶ月間 <input type="checkbox"/> 未定 | |
| | | 今後の方向性 | <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設への申し込み <input type="checkbox"/> 検討中 | |
| | | 現在申請中の施設 | <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 (下記の希望記入欄に記入) | |
| | 希望理由、介護上の問題点、施設への要望など(できるだけ具体的に) | | | |

| | | | | | | | |
|----------|----------|----|----|------|-----|--|--------|
| 家族構成と連絡先 | 氏名 (連絡順) | 続柄 | 年齢 | 電話番号 | | 家族構成 (<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性、同居者を囲う) | |
| | () | | | 自宅 | () | | ┌ └ |
| | | | | 携帯 | () | | |
| | () | | | 自宅 | () | | |
| | | | | 携帯 | () | | |
| | () | | | 自宅 | () | | |
| 携帯 | | | | () | | | |

1 週間ごとのご利用サービス(在宅サービスをご利用中の方のみ記入してください。例：ヘルパー、デイケア等。できれば事業所名も)

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| 午前 | | | | | | | |
| 午後 | | | | | | | |

※この共通申込書は別紙「日常生活動作(ADL)確認表」とセットになっています。

日常生活動作（ADL）確認表

Ver.2 3 / 3

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 様 記入者： _____ (所属 _____)

| | | | | | | |
|---|---------|--|---|---|-----------|---|
| 移動等 | 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <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(特記事項) | | |
| | 転倒 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度、骨折歴、最近の転倒状況(特記事項に記入)) | | | | |
| | 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 | センサーマット使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| | 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 | 床ずれ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位など: 特記事項) | | |
| | 特記事項 | | | | | |
| 排泄 | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> いつもポータブル(<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> 尿器 (<input type="checkbox"/> 介助要) <input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ | | | | |
| | 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) | 尿意 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 失禁 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり | 夜間の状況 | 就寝後の排泄回数(約 _____ 回) | | |
| | 特記事項 | | | | | |
| 入更浴衣 | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ | 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"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> その他(特記事項) | | | | |
| | 特記事項 | | | | | |
| 食事・口腔ケア | 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 | 嚥下 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない | | |
| | むせ込み | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり | 水分トロミ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 薄・ <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 濃) | | |
| | 食事内容 | 食種 | <input type="checkbox"/> 普通(<input type="checkbox"/> 全量・ <input type="checkbox"/> ハーフ) <input type="checkbox"/> 糖尿病食(_____ kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限食(_____ g) <input type="checkbox"/> その他(特記事項) | | | |
| | | 主食 | <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他(特記事項) | | | |
| | | 副食 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ付き <input type="checkbox"/> その他(特記事項) | | | |
| | 摂取量 | <input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり | | | | |
| | 義歯 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 部分義歯(<input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下)・ <input type="checkbox"/> 総義歯) <input type="checkbox"/> 使用せず | | | | |
| | 口腔ケア | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> 歯ブラシ使用 <input type="checkbox"/> うがいのみ) | 残歯 | <input type="checkbox"/> あり(約 _____ 本) <input type="checkbox"/> なし | | |
| 特記事項 (提供カロリー、使用器具、アレルギー、嗜好など) | | | | | | |
| 身体状況等 | 身長・体重 | 身長 _____ cm 体重 _____ kg(_____ 月 _____ 日現在) | 体重の減少 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ ヶ月で _____ kg 減) | | |
| | 麻痺 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 | | | | |
| | 関節痛 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: _____) | 拘縮 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: _____) | | |
| | 視力 | <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <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(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも) | | | | |
| | 補聴器使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも | | | 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠(<input type="checkbox"/> 眠剤使用) |
| | 特記事項 | | | | | |
| その他情報 | 意思疎通 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない | ナースコール | <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない | | |
| | ことばの理解 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない | | | | |
| | 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"/> 大声をあげる <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"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | |
| | 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 | | | |
| | 医療情報 | <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 床ずれ以外の処置 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記) <input type="checkbox"/> 透析(_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | |

生活歴・一日の過ごし方・一週間の過ごし方、性格、趣味など できるだけ詳しく記入してください。