Ver.2　　１／３

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** |  | [ ] 男[ ] 女 | [ ] 明治[ ] 大正　　　　年　　月　　日生まれ[ ] 昭和　　　　　（満　　　歳） |
| **氏　名** |  |
| **住　所** | 〒　　　－ |
| T E L | 　　　　（　　　）　　　 | F A X | 　　　　（　　　）　　　 |
| **現在の居場所** | [ ] 自宅[ ] 病院　（　　　　　　　　　　　　　　　　　病（医）院）（入院日　　年　　月　　日）[ ] 老健　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（入所日　　年　　月　　日）[ ] 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** | [ ] 後期高齢者医療　[ ] 生活保護(担当ワーカー名　　　　　　　) [ ] その他(　　　　　　) |
| **身体障害者手帳** | [ ] 無　[ ] 有（　　　種　　　級　障害名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **精神障害者****保健福祉手帳** | [ ] 無　[ ] 有（　　　級） |
| **介護保険****負担限度額認定証** | [ ] 無 [ ] 申請中 [ ] 有（[ ] 第1段階[ ] 第2段階[ ] 第3段階）年金額　　　　　　　　円／月 |
| **介護保険** | 要支援[ ] 1･[ ] 2要介護[ ] 1･[ ] 2･ [ ] 3･[ ] 4･[ ] 5 | 負担割合[ ] 1割･[ ] 2割･[ ] 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) |
| [ ] 申請中[ ] 区分変更中 | **有効期間** | 　　年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身元引受人** | **フリガナ** |  | [ ] 男[ ] 女 | **年齢** | **続柄** | **職　業** |
| **氏名** |  |  |  |  |
| **住所** | 〒　　　－ |
| **TEL** | 　　　　（　　　）　　　 | **携帯** | 　　　　（　　　）　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **担当****ケアマネ** |  |
| **TEL** | 　　　　（　　　）　　　 | **FAX** | 　　　　（　　　）　　　 |

Ver.2　　２／３

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 | [ ] 月　[ ] 火　[ ] 水　[ ] 木　[ ] 金　[ ] 土　[ ] 日　（週　　　回） |
| **通所リハビリ** | 希望理由 | [ ] リハビリ　[ ] 入浴　[ ] 社会交流　[ ] その他（下記の希望記入欄に記入） |
| 希望曜日・時間 | [ ] 月　[ ] 火　[ ] 水　[ ] 木　[ ] 金　[ ] 土　[ ] 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[ ] 6ヶ月以上の報酬請求がある　　[ ] 6ヶ月以上の報酬請求がない |
| **短期入所** | 希望理由 | [ ] 介護負担軽減　[ ] 介護者不在　[ ] その他（下記の希望記入欄に記入） |
| 希望部屋 | [ ] 個室　[ ] 2人部屋　[ ] 多床室　[ ] どちらでもよい |
| 希望期間 | [ ] 　／　 ～ 　／　　（約　日間）[ ] いつでもよい（約　日間） |
| 定期利用希望 | [ ] 定期的に利用希望（　　　ヶ月毎）　[ ] 今回のみ利用希望 |
| **老健入所** | 希望理由 | [ ] リハビリ　[ ] 介護負担軽減　[ ] 在宅生活継続困難　[ ] その他(下記記入) |
| 希望部屋 | [ ] 個室　[ ] 2人部屋　[ ] 多床室　[ ] どちらでもよい |
| 希望期間 | [ ] 約　　　ヶ月間　　　[ ] 未定 |
| 今後の方向性 | [ ] 在宅復帰　[ ] 他施設への申し込み　[ ] 検討中 |
| 現在申請中の施設 | [ ] 老健　[ ] 特養　[ ] 介護医療院　[ ] 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(□男性、○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** | [ ] 自立　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | **移動手段** | [ ] 独歩 [ ] 手引き [ ] 杖 [ ] 歩行器 [ ] その他(特記事項) |
| **転倒** | [ ] なし　[ ] あり（頻度、骨折歴、最近の転倒状況(特記事項に記入)） |
| **立位** | [ ] 可　[ ] 支えがあれば可　[ ] 不可 | **座位** | [ ] 可　[ ] 支えがあれば可　[ ] 不可 |
| **移乗** | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | **センサーマット使用** | [ ] なし　[ ] あり |
| **寝返り** | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | **床ずれ** | [ ] なし　[ ] あり(部位など：特記事項) |
| **特記事項** |  |
| **排　泄** | **排泄** | [ ] 自分でトイレへ [ ] 介助でトイレへ [ ] 夜だけポータブル([ ] 介助要)[ ] いつもポータブル([ ] 介助要) |
| [ ] 綿パンツ[ ] パット使用[ ] リハビリパンツ使用[ ] 尿器（[ ] 介助要）[ ] 夜だけオムツ[ ] 一日中オムツ |
| **便意** | [ ] あり [ ] 時々あり [ ] なし(排便　　日に1回) | **尿意** | [ ] あり [ ] 時々あり [ ] なし |
| **失禁** | [ ] なし [ ] 時々あり [ ] あり | **夜間の状況** | 就寝後の排泄回数(約　　回) |
| **特記事項** |  |
| **更衣****入浴** | **入浴** | [ ] 自立　[ ] 一部介助　[ ] 全介助　[ ] 清拭のみ | **着脱** | [ ] 自立[ ] 見守り[ ] 一部介助[ ] 全介助 |
| **入浴方法** | [ ] 手引き　[ ] シャワーチェアー　 [ ] リフト　[ ] ストレッチャー　 [ ] 個浴　[ ] その他(特記事項) |
| **特記事項** |  |
| **食事・口腔ケア** | **食事動作** | [ ] 自立　[ ] 見守り　[ ] 一部介助　[ ] 全介助 | **嚥下** | [ ] 問題なし　[ ] しにくい　[ ] できない |
| **むせ込み** | [ ] なし　[ ] 時々あり　[ ] あり | **水分トロミ** | [ ] なし　[ ] あり（[ ] 薄・[ ] 普通・[ ] 濃） |
| **食事内容** | **食種** | [ ] 普通([ ] 全量・[ ] ハーフ)[ ] 糖尿病食(　　　　kcal)[ ] 塩分制限食(　　g)[ ] その他(特記事項) |
| **主食** | [ ] 米飯　[ ] 軟飯　[ ] 全粥　[ ] ミキサー粥　[ ] おにぎり　[ ] その他(特記事項) |
| **副食** | [ ] 普通　[ ] 軟菜　[ ] 一口大　[ ] キザミ　[ ] ミキサー　[ ] トロミ付き　[ ] その他(特記事項) |
| **摂取量** | [ ] おおむね全量　[ ] 7～8割　[ ] 半量程度　[ ] 半量以下　[ ] 日によってムラあり |
| **義歯** | [ ] なし　[ ] あり([ ] 部分義歯([ ] 上・[ ] 下)・[ ] 総義歯)　[ ] 使用せず |
| **口腔ケア** | [ ] 自立 [ ] 見守り [ ] 一部介助 [ ] 全介助([ ] 歯ブラシ使用[ ] うがいのみ) | **残歯** | [ ] あり(約　本)[ ] 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** | [ ] なし [ ] あり(　　ヶ月で　　kg減) |
| **麻痺** | [ ] なし　[ ] 右上肢　[ ] 右下肢　[ ] 左上肢　[ ] 左下肢 |
| **関節痛** | [ ] なし　あり(部位：　　　　　　　　　　) | **拘縮** | [ ] なし　[ ] あり(部位：　　　　　　) |
| **視力** | [ ] 見える　[ ] 見えにくい([ ] 右　[ ] 左　[ ] どちらも)[ ] 見えない([ ] 右　[ ] 左　[ ] どちらも)[ ] 眼鏡使用 |
| **聴力** | [ ] 聞こえる　[ ] 聞こえにくい([ ] 右　[ ] 左　[ ] どちらも)[ ] 聞こえない([ ] 右　[ ] 左　[ ] どちらも) |
| **補聴器使用** | [ ] なし [ ] 右 [ ] 左 [ ] どちらも | **睡眠** | [ ] 良眠 [ ] 時々不眠 [ ] 不眠([ ] 眠剤使用) |
| **特記事項** |  |
| **その他情報** | **意思疎通** | [ ] できる [ ] 時々できる [ ] ほとんどできない [ ] できない | **ナースコール** | [ ] 押せる [ ] 押せない |
| **ことばの理解** | [ ] できる [ ] 時々できる [ ] ほとんどできない [ ] できない |
| **行動障害** | [ ] なし [ ] 徘徊 [ ] 暴言 [ ] 暴行 [ ] 昼夜逆転 [ ] 妄想 [ ] 異食 [ ] 大声をあげる [ ] 不潔行為 |
| [ ] 幻聴・幻覚 [ ] 性的問題行動 [ ] 介護への抵抗 [ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **日常生活自立度** | **障害自立度** | [ ] 自立 [ ] J1 [ ] J2 [ ] A1 [ ] A2 [ ] B1 [ ] B2 [ ] C1 [ ] C2 |
| **認知症** | [ ] 自立 [ ] Ⅰ [ ] Ⅱa [ ] Ⅱb [ ] Ⅲa [ ] Ⅲb [ ] Ⅳ [ ] M |
| **医療情報** | [ ] インシュリン[ ] 喀痰吸引[ ] 経管栄養([ ] 胃ろう[ ] 経鼻)[ ] ペースメーカー [ ] 床ずれ以外の処置 |
| [ ] 酸素療法 [ ] 吸入 [ ] 点滴管理 [ ] ターミナル管理 [ ] バルーンカテーテル [ ] 膀胱ろう [ ] 人工肛門 |
| [ ] 感染症（詳細は特記）[ ] 透析（　　回/週）[ ] 中心静脈栄養 [ ] モニター管理 [ ] 人工呼吸器 [ ] 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。 |