

ケアポート三輪 利用申し込み書

申し込み者	氏名: _____ (利用予定者との関係・続柄: _____)	住所: _____	自宅の電話: _____	携帯: _____
利用したいサービス:	長期入所(1~6ヶ月)	短期入所(1ヶ月未満)	通所リハビリテーション	
利用の目的・理由他: _____				

利用予定者の状況:

フリガナ 氏名	_____ 男・女 明・大・昭 _____ 年 月 日 生 (_____ 歳)								
	要介護度: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中								
住所	〒 _____ TEL: _____								
現在居る所	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">自宅</td> <td style="width: 15%;">病院 (_____)</td> <td style="width: 15%;">入院</td> <td style="width: 15%;">H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~</td> </tr> <tr> <td></td> <td>施設 (_____)</td> <td>入所</td> <td>H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~</td> </tr> </table>	自宅	病院 (_____)	入院	H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~		施設 (_____)	入所	H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~
自宅	病院 (_____)	入院	H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~						
	施設 (_____)	入所	H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~						

生活歴等	・出身地及び職歴等: _____	家族構成 該当欄に○	利用者との関係	同居	市内に居	県内に居	県外に居
	・性格等: _____		親				
	・趣味・特技等: _____		配偶者				
	・嗜好品等: _____		子1 (男 女)				
			その配偶者				
			子2 (男 女)				
	その配偶者						
	子3 (男 女)						
	その配偶者						

今までにかかった主な病気・けが (いつごろ)	診療した病院・医院	入院	現在のかかりつけ医
_____ 年 月	_____	あり なし	・内服薬: あり なし (約 _____ 種類) ・注射薬: あり なし (_____)
_____ 年 月	_____	あり なし	
_____ 年 月	_____	あり なし	
_____ 年 月	_____	あり なし	
_____ 年 月	_____	あり なし	
_____ 年 月	_____	あり なし	

特殊な身体状況:

・麻痺: なし・あり (右 左) (軽い 軽くない) ・経管栄養: なし・あり (経鼻チューブ 胃ろう) ・膀胱留置カテ-テル: なし・あり ・嚥下障害 (食事中的むせ): なし・あり ・褥瘡(床ずれ): なし・あり (部位・程度: _____)	・気管・口腔吸引: なし・あり ・在宅酸素療法: なし・あり ・気管切開: なし・あり ・その他(_____)
---	--

現在利用している介護保険居宅サービス: (該当項目に○)

居宅介護支援事業所: _____ (担当ケアマネジャー: _____ さん)

・訪問介護(ヘルパー)	・訪問リハビリテーション	・短期入所 (ショートステイ)
・訪問入浴	・通所介護(デイサービス)	
・訪問看護	・通所リハビリテーション(デイケア)	
・福祉用具貸与 (ベッド・エアマット・車椅子・歩行器・杖・その他 (_____))		

日常生活の状況

基本動作		食事形態: ・主食 (ごはん ・ 粥 ・ ミキサー ・ 経管栄養) ・副菜 (常菜 ・ 軟菜 ・ 刻み ・ ミキサー) ・とろみ (なし ・ あり) ・禁止食品:() ・入れ歯: なし ・ あり (全部 ・ 部分)
食 事	介助なしでできる ・ 介助が必要	排泄の詳細: 昼 : トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ 膀胱留置カテーテル リハビリパンツ(紙) ・ おむつ(テープ止め) ・ 尿とりパット 夜 : トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ 膀胱留置カテーテル リハビリパンツ(紙) ・ おむつ(テープ止め) ・ 尿とりパット 使用している補助具: (杖 シルバーカー 歩行器 つたい歩き 車いす) ・転倒・転落 : (なし ・ たまに ・ よくある)
洗 顔	介助なしでできる ・ 介助が必要	
歯 磨 ぎ	介助なしでできる ・ 介助が必要	
着 替 え	介助なしでできる ・ 介助が必要	
排 尿	介助なしでできる ・ 介助が必要	
排 便	介助なしでできる ・ 介助が必要	
入 浴	介助なしでできる ・ 介助が必要	
歩 行	介助なしでできる ・ 介助が必要	
移 乗	介助なしでできる ・ 介助が必要	
立ち上がり	介助なしでできる ・ 何かにつかまればばできる ・ 介助が必要	
座位保持	介助なしでできる ・ 背もたれ、肘かけがあればできる ・ 背もたれがなければ座ってられない	
起き上がり	介助なしでできる ・ 何かにつかまればばできる ・ 介助が必要	
寝 返 り	介助なしでできる ・ 介助が必要	

コミュニケーション

視力障害	なし ・ あり (軽度 ・ 中等度以上)	眼鏡 (なし ・ あり)
聴力障害	なし ・ あり (軽度 ・ 中等度以上)	補聴器 (なし ・ あり)
発語障害	なし ・ あり (軽度 ・ 中等度以上)	
意思の疎通	できる ・ 不定 ・ できない	
認知症・情緒障害等	なし ・ 不明 ・ ある (下表へ)	

認知症の症状 (該当するものにすべて を付けてください)

・ 物忘れ(最近のこと・昔のこと)	・ おむつやパットをいじる	・ 帰宅願望がある
・ 時間・場所の間違えが多い	・ トイレ以外で放尿・排便をする	・ 物を集める癖がある
・ 幻視・幻聴があるらしい	・ 食品以外のものを口に入れる	・ 頻回な意味不明の声出し
・ 家族が分からない	・ 被害妄想がある ・ 作り話をする	・ うつ症状がある
・ 易怒・興奮	・ 夜寝ない(昼夜逆転)	・ 不安が強く頻繁に介護者を呼ぶ
・ 怒鳴る・暴力を振るう	・ 外出して戻れなくなる	・ 全般的な意欲の低下
・ 介護に対し拒否や抵抗がある	・ 危険な行動 (歩けない人の立ち上がり、歩き出し等)	

今回の利用終了後の予定:

他施設への利用申込み:

なし あり (特別養護老人ホーム 老人保健施設 短期入所施設 サービス付高齢者住宅 デイサービス その他)

その他の要望など

施設記入欄

寝たきり度	J ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	利用予定	3 ・ 4 階 個室 ・ 多床室
認知症度	正常 ~ ・ a ・ b ・ a ・ b ・ M		
コメント:			
受付日: H 年 月 日 担当相談員:			

2013.7

(書類送付先: 〒380-0803 長野市 三輪 5丁目 43 - 20 老人保健施設 ケアポート三輪)
Tel: 026-238-2655 Fax: 238-2656

ケアポート三輪 利用申し込み書

申し込み者 氏名: **三輪 秀子** (利用予定者との関係・続柄: **長男の妻**)
 住所: **長野市三輪 〇〇丁目 ΔΔ-XX**
 自宅の電話: **〇〇〇-XXXX** 携帯: **090-XXXX-0000**

利用したいサービス: **長期入所(1~6ヶ月)** 短期入所(1ヶ月未満) 通所リハビリテーション

利用の目的・理由他:
**これまでは自分で歩いていたが、大腿骨を骨折し、現在は車いすの状態。
 退院の時期がきているが、もう少しリハビリをしてから家に帰ってほしい。**

利用予定者の状況:

フリガナ **ミワ ハナコ**
 氏名 **三輪 花子** 男・女 明・大**昭** 2年X月X日生 (86歳)
 要介護度: 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中

住所 **〒ΔΔΔ-0000 長野市三輪 〇〇丁目 ΔΔ-XX** TEL: **000-XXXX**

現在居る所 自宅 病院 (**〇〇病院**) 入院 H **25**年**5**月**30**日~
 施設 () 入所 H 年 月 日~

生活歴等	・出身地及び職歴等: 長野市 自営業(青果店)	家族構成 該当欄に○	利用者との関係	同居	市内に居	県内に居	県外に居	
	・性格等: 世話好き 頑固な面もある		親					
	・趣味・特技等: カラオケ 園芸		配偶者					
	・嗜好品等:		子1 (男)女) <input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
		その配偶者	<input type="radio"/>					
		子2 (男)女) <input type="radio"/>					<input type="radio"/>	
		その配偶者					<input type="radio"/>	
		子3 (男)女) <input type="radio"/>		<input type="radio"/>				
		その配偶者		<input type="radio"/>				

今までにかかった主な病気・けが (いつごろ)	診療した病院・医院	入院	現在のかかりつけ医
① 高血圧 60代 年 月	XX 医院	あり <input checked="" type="radio"/> なし	① XX 医院 ② ・内服薬: <input checked="" type="radio"/> あり なし (約 5 種類) ・注射薬: あり <input checked="" type="radio"/> なし ()
② 左手首の骨折 平成 元 年 月	〇〇 病院	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
③ 脳梗塞(軽度) " 17年 2 月	ΔΔ 脳外 病院	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
④ 認知症 " 24年 10 月	同上	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
⑤ 右大腿骨頸部骨折 " 25年 5 月	〇〇 病院	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
⑥ 年 月		あり なし	

特殊な身体状況:

・麻痺: <input checked="" type="radio"/> なし・あり (右 左) (軽い 軽くない) ・経管栄養: <input checked="" type="radio"/> なし・あり (経鼻チューブ 胃ろう) ・膀胱留置カテーテル: <input checked="" type="radio"/> なし・あり ・嚥下障害 (食事中のみせ): <input checked="" type="radio"/> なし・あり ・褥瘡(床ずれ): <input checked="" type="radio"/> なし・あり (部位・程度:)	・気管・口腔吸引: <input checked="" type="radio"/> なし・あり ・在宅酸素療法: <input checked="" type="radio"/> なし・あり ・気管切開: <input checked="" type="radio"/> なし・あり ・その他 ()
---	--

現在利用している介護保険居宅サービス: (該当項目に○)

居宅介護支援事業所: **XXXX 事業所** (担当ケアマネジャー: **〇〇** さん)

・訪問介護(ヘルパー) ・訪問入浴 ・訪問看護 ・福祉用具貸与 (ベッド・エアマット・車椅子・歩行器・杖・ <input checked="" type="radio"/> その他 (手すり))	・訪問リハビリテーション ・ <input checked="" type="radio"/> 通所介護(デイサービス) ・通所リハビリテーション(デイケア) ・ <input checked="" type="radio"/> 短期入所 (ショートステイ)
---	--

