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	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:
	･性格等:
	･趣味･特技等:
	･嗜好品等:

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
親				
配偶者				
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**
①　年　月		あり　なし	①
②　年　月		あり　なし	②
③　年　月		あり　なし	･内服薬: あり　なし
④　年　月		あり　なし	（約　種類）
⑤　年　月		あり　なし	･注射薬: あり　なし
⑥　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）
- ・膀胱留置カテーテル:　なし ・ あり
- ・嚥下障害（食事中のむせ）:　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)
食　事	介助なしでできる ・ 介助が必要	・とろみ (なし ・ あり) ・禁止食品:( )
洗顔	介助なしでできる ・ 介助が必要	・入れ歯: なし ・ あり (全部 ・ 部分)
歯磨き	介助なしでできる ・ 介助が必要	**排泄の詳細:**
着 替 え	介助なしでできる ・ 介助が必要	昼 : トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ 膀胱留置カテーテル
排　尿	介助なしでできる ・ 介助が必要	リハビリパンツ(紙) ・ おむつ(テープ止め) ・ 尿とりパット
排　便	介助なしでできる ・ 介助が必要	夜 : トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ 膀胱留置カテーテル
入　浴	介助なしでできる ・ 介助が必要	リハビリパンツ(紙) ・ おむつ(テープ止め) ・ 尿とりパット
歩行	介助なしでできる ・ 介助が必要	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)
移　乗	介助なしでできる ・ 介助が必要	・転倒・転落 : (なし ・ たまに ・ よくある)
立ち上がり	介助なしでできる ・ 何かにつかまればできる ・ 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いられない	
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・放便をする	・ 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
認知症度　正常～Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M	個室 ・ 多床室
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 ○○丁目 △△－×× 自宅の電話: ○○○－××××　携帯: 090－××××－○○○○		
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きてほしい。		

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×月×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	〒△△△－○○○○ 長野市 三輪 ○○丁目 △△－××　TEL: ○○○－××××		
現在居る所	自宅	(病院) (□□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)
- ・性格等: 世話好き　頑固な面もある
- ・趣味・特技等: カラオケ　園芸
- ・嗜好品等:

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
親				
配偶者				
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
①	高血圧　60代 年 月	××医院	あり (なし)
②	左手首の骨折　平成 元年 月	○○病院	あり (なし)
③	脳梗塞(軽度)　〃 17年 2月	△△脳外病院	(あり) なし
④	認知症　〃 24年 10月	同上	あり (なし)
⑤	右大腿骨頸部骨折　〃 25年 5月	○○病院	(あり) なし
⑥	年 月		あり なし

現在のかかりつけ医

① ××医院
②
・内服薬: (あり) なし (約 5 種類)
・注射薬: 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)
- ・膀胱留置カテーテル: (なし)・あり
- ・嚥下障害 (食事中のむせ): (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: ××××事業所　(担当ケアマネジャー : ○○ さん)

- ・訪問介護(ヘルパー)
- ・訪問入浴
- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・(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)
- ・(短期入所 (ショートステイ))
- ・福祉用具貸与 (ベッド・エアマット・車椅子・歩行器・杖・(その他)(手すり)

日常生活の状況

基本動作	
食　事	介助なしでできる ・ 介助が必要
洗顔	介助なしでできる ・ 介助が必要
歯磨き	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いられない
起き上がり	介助なしでできる ・ 何かにつかまればできる ・ 介助が必要
寝返り	介助なしでできる ・ 介助が必要

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）

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 ）

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・放便をする	・ 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:
自宅へ戻るのが希望だが、本人の状態によっては次の施設へ申込むことも考えている。

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
歩行器などを使ってでも良いので、歩けるようになってもらえたらありがたい。

施設記入欄

寝たきり度　J ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	利用予定　3 ・ 4　階
認知症度　正常～Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M	個室 ・ 多床室
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 ）