

# 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	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	年	月	日	～	施設 ( _____ )	入所	年	月	日	～

生活歴等	・出身地及び職歴等:	家族構成 <small>該当欄に○</small>	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
① _____ 年 月	_____	あり なし	① _____ ② _____ ・内服薬: あり なし (約 種類) ・注射薬: あり なし ( _____ )
② _____ 年 月	_____	あり なし	
③ _____ 年 月	_____	あり なし	
④ _____ 年 月	_____	あり なし	
⑤ _____ 年 月	_____	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)	・気管・口腔吸引: なし・あり
・経管栄養: なし・あり (経鼻チューブ 胃ろう)	・在宅酸素療法: なし・あり
・膀胱留置カテーテル: なし・あり	・気管切開: なし・あり
・嚥下障害 (食事中的むせ): なし・あり	・その他 ( _____ )
・褥瘡 (床ずれ): なし・あり (部位・程度: _____)	

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
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～I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
コメント:			
受付日: 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:  
**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 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  **〇〇病院** (入院 H**25**年**5**月**30**日~)

生活歴等	・出身地及び職歴等: <b>長野市 自営業(青果店)</b>	家族構成 該当欄に○	利用者との関係			
	・性格等: <b>世話好き 頑固な面もある</b>		同居	市内に居	県内に居	県外に居
	・趣味・特技等: <b>カラオケ 園芸</b>		親			
	・嗜好品等:		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 <b>高血圧</b> 60代年—月	<b>XX 医院</b>	あり <input checked="" type="radio"/> なし	① <b>XX 医院</b> 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 <b>左手首の骨折</b> 平成元 年 月	<b>〇〇 病院</b>	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
③ <b>脳梗塞(軽度)</b> " 17年 2 月	<b>ΔΔ脳外病院</b>	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
④ <b>認知症</b> " 24年 10 月	<b>同上</b>	あり <input checked="" type="radio"/> なし	
⑤ <b>右大腿骨頸部骨折</b> " 25年 5 月	<b>〇〇 病院</b>	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(食事中のむせ): <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・ <b>その他(手すり)</b> )	・訪問リハビリテーション ・ <b>通所介護(デイサービス)</b> ・通所リハビリテーション(デイケア) ・ <b>短期入所(ショートステイ)</b>
---	---

## 日常生活の状況

基本動作		食事形態: ・主食 ( <u>ごはん</u> ) ・粥 ・ミキサー ・経管栄養 ) ・副菜 ( <u>常菜</u> ) ・軟菜 ・刻み ・ミキサー ) ・とろみ ( <u>なし</u> ) ・あり ) ・禁止食品: ( ) ・入れ歯: <u>なし</u> ・あり (全部 ・ <u>部分</u> )
食事	介助なしでできる ・ 介助が必要	排泄の詳細: 昼: トイレ ・ <u>ポータブルトイレ</u> ・ 尿器 ・ 膀胱留置カテーテル <u>リハビリパンツ(紙)</u> ・ おむつ(テープ止め) ・ <u>尿とりパット</u> 夜: トイレ ・ <u>ポータブルトイレ</u> ・ 尿器 ・ 膀胱留置カテーテル <u>リハビリパンツ(紙)</u> ・ おむつ(テープ止め) ・ <u>尿とりパット</u> 使用している補助具: ( 杖 <u>シルバーカー</u> 歩行器 つたい歩き <u>車いす</u> ) ・転倒・転落: ( <u>なし</u> ) ・ たまに ・ よくある )
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 ・ <u>介助が必要</u>	
排尿	介助なしでできる ・ <u>介助が必要</u>	
排便	介助なしでできる ・ <u>介助が必要</u>	
入浴	介助なしでできる ・ <u>介助が必要</u>	
歩行	介助なしでできる ・ <u>介助が必要</u>	
移乗	介助なしでできる ・ <u>介助が必要</u>	
立ち上がり	介助なしでできる ・ <u>何かにつかまれば</u> できる ・ 介助が必要	
座位保持	<u>介助なしでできる</u> ・ 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 できる ・ <u>介助が必要</u>	
寝返り	<u>介助なしでできる</u> ・ 介助が必要	

## コミュニケーション

視力障害	<u>なし</u> ・ あり ( 軽度 ・ 中等度以上 )	眼鏡 ( <u>なし</u> ・ あり )
聴力障害	なし ・ <u>あり</u> ( 軽度 ) ・ 中等度以上 )	補聴器 ( なし ・ <u>あり</u> )
発語障害	<u>なし</u> ・ あり ( 軽度 ・ 中等度以上 )	
意思の疎通	<u>できる</u> ・ 不定 ・ できない	
認知症・情緒障害等	なし ・ 不明 ・ <u>ある</u> (→ 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 ・ <u>作り話を</u> 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し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 個室 ・ 多床室
認知症度	正常～I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
コメント:			
受付日: 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