

利用申込書

申込日： 年 月 日		1. 入所 希望時期： 年 月 日頃		2. 短期入所 希望期間： 年 月 日 ~ 年 月 日		3. デイケア 希望曜日：月・火・水・木・金・土	
要介護度	支援1・支援2・1・2・3・4・5・申請中			認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用者	フリガナ			生年月日	大・昭 年 月 日		
	氏名				歳		
	住所	〒		電話番号			
申込者	フリガナ			続柄			
	氏名			電話番号			
	住所	〒					
連絡先	フリガナ			続柄	電話番号		
	氏名				・ 携帯電話		
	住所	〒					
家族の状況	氏名		続柄		家族構成		
	フリガナ			同居・別居			
	フリガナ			同居・別居			
	フリガナ			同居・別居			
	フリガナ			同居・別居			
フリガナ			同居・別居				
				☐ ◎ : 本人 ☐ : 男 ○ : 女			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅						
	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名： 年 月より入院中)						
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名： 年 月より入所中)						
現在利用中のサービス				退所後の予定			
<input type="checkbox"/> 短期入所 (日/週・月) <input type="checkbox"/> ロングステイ中 <input type="checkbox"/> デイケア・デイサービス (日・月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (日・月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> その他のサービス (週 回)				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他施設 (特養・サービス付住宅・グループホーム・有料ホーム・ケアハウス・他)			
かかりつけ医	無 有 (医療機関名)			部屋の希望	個室・多床室		
利用の理由	(必ずご記入下さい)						
利用に対し望む生活や目標	(本人)			(家族)			
生活歴	(職業、性格、趣味、嗜好など、分かる範囲でご記入ください)						

日常生活動作	寝 返 り	1. 1人でできる	2. つかまればできる	3. できない						
	座 位	1. 1人でできる	2. 支えがあればできる	3. できない						
	立 位	1. 1人でできる	2. つかまればできる	3. できない						
	歩 行	1. 1人でできる	2. つかまればできる	3. できない						
		自助具【杖・歩行器・シルバーカー・その他： _____】			車椅子【自走・介助】					
	乗り移り	1. 1人でできる	2. 手伝えばできる	3. できない						
	食 事	摂取状態	経口食	1. 自 立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助			
			注入食	kcal 栄養剤名： _____		白湯： _____				
		嚥下状態	1. むせなし 2. 水分むせる 3. 固形物にむせる							
		使用食器	1. は し 2. スプーン 3. 自助具（ _____ ） 4. エプロン							
		治療食	無 ・ 有 （ _____ ）							
主 食		1. 米 飯 2. 粥 3. ミキサー								
副 食		1. 普 通 2. 一口大 3. 粗刻み 4. ごく刻み 5. ミキサー								
嗜 好 品		好きな物（ _____ ） 嫌いな物（ _____ ）								
		飲 酒 無 ・ 有（種類 _____ ） 喫 煙 無 ・ 有								
食 事 量		1. 多 め 2. 普 通 3. 少 な め								
水 分	1. よく飲む 2. 普 通 3. 少 ない									
アレルギー	無 ・ 有 （品名 _____）									
排 泄	1. 1人でできる 2. 手伝えばできる 3. できない									
	トイレ(昼・夜) ポータブルトイレ(昼・夜) 紙パンツ(昼・夜) オムツ(昼・夜) その他(_____)									
	尿 意	1. 無	2. 有	3. 時々有	4. 不明	便 意	1. 無	2. 有	3. 時々有	4. 不明
	排尿回数	1. 少ない 2. 普通 3. 多い			排便回数	1日に _____ 回				
入 浴	1. 1人でできる 2. 手伝えばできる 3. できない									
	1. 一般浴 2. 機械浴(座位・臥位) 3. 清拭									
身だしなみ	歯の手入れ	歯みがき【可・不可】 義歯【上・下・無】 自歯【有・無】								
	洗 面	1. 1人でできる 2. 手伝えばできる 3. できない								
	更 衣	1. 1人でできる 2. 手伝えばできる 3. できない								
身 体 状 況	視 力	1. 普通 2. 見えにくい 3. かなり見えにくい 4. 見えない								
		眼鏡の使用【無・有】 点眼薬の使用【無・有】 (薬剤名 _____)								
	聴 力	1. 普通	2. 聞こえにくい	3. 聞こえない	補聴器	無・有(右・左・両方)				
	意思疎通	1. できる 2. 時々できる 3. できない								
	睡 眠	1. 良眠	2. 不眠	3. 昼夜逆転	眠 剤	無・有(薬剤名 _____)				
	皮膚の状態	1. 良好 2. 褥瘡あり(部位 _____) 3. その他(_____)								
その他	麻 痺	無・有(_____)			拘 縮	無・有(_____)				
認知症状	1. 自分のいる場所がわからない 2. 物を集める 3. 歩けないのに歩こうとする 4. 直前のことを忘れる 5. 人の物を食べる 6. 食べ物以外のものをたべてしまう 7. 介護への抵抗がある 8. 他人の物と自分の物の区別がつかない 9. 排泄物を触ることがある 10. 暴 言 11. 暴 力 12. 大声を出す 13. 徘徊 14. 幻 視・幻 聴 15. 帰宅願望 16. その他(_____)									