

## 介護老人保健施設 ナーシングホーム大樹 利用申込書

申込受付日:	年 月 日
担当職員:	

### 利用希望者(本人)

ふりがな				明治				
氏名	(男・女)			生年月日	大正 昭和 年 月 日 ( 歳)			
住所	〒 -			電話				
本人の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している(ひとり暮らし・家族と同居している) <small>利用中の介護サービスと利用頻度をご記入下さい(例:デイサービス週2日、ショートステイ月6日など)</small>							
	<input type="checkbox"/> 施設または病院に入所(入院)している <small>施設・病院名:</small>							
	<small>入所(入院)期間: 年 月 日 ~ 年 月 日(退院予定も記入)</small>							
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 更新中		要支援 1    要支援 2 要介護 1    要介護 2    要介護 3    要介護 4    要介護 5		<small>認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 担当ケアマネ:</small> ※介護保険者証類(被保険者証、負担割合証)の写しを頂きます。			

### ご家族・申込者(連絡先)

ふりがな				年齢	続柄	職業
氏名	(男・女)					
住所	〒 -			電話①		
				電話②		

### 利用の希望趣旨

利用サービス	<small>申し込みをされる部屋タイプ(複数選択可能)</small> <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 個室B <input type="checkbox"/> 個室A <input type="checkbox"/> 特別室					
介護者の状況	<small>(該当する番号に○)</small> <ol style="list-style-type: none"> <li>身寄りがなく、介護する者がいない</li> <li>介護する者がいない( <input type="checkbox"/> 介護者が長期入院・入所    <input type="checkbox"/> 介護者が遠方に在住)</li> <li>介護する者はいるが、十分な介護力がない (介護者が <input type="checkbox"/> 要介護状態    <input type="checkbox"/> 病気療養中    <input type="checkbox"/> 障害がある)</li> <li>介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分に確保できない (介護者が <input type="checkbox"/> 高齢    <input type="checkbox"/> 就労中    <input type="checkbox"/> 他にも介護をしている    <input type="checkbox"/> 育児中)</li> <li>介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である (理由: _____ )</li> </ol>					
入所後の意向(退所検討)	<input type="checkbox"/> 在宅復帰(3ヶ月以内のリハビリ入所を希望) <input type="checkbox"/> 在宅復帰(明確な期限は設けず状況をみて判断) <input type="checkbox"/> 在宅復帰は難しい(特別養護老人ホーム等、他施設移行を検討) 【申し込み済み施設名: _____】					
ナーシングホーム大樹入所歴	<input type="checkbox"/> 入所利用歴無し <input type="checkbox"/> 入所利用歴有り <small>前回の退所(入院)日: 年 月 日    退所(入院)先:</small>					

※この面は本人様もしくはご家族様に聴き取りの上であれば、施設側が代記可能。

病名 (発症時期も記載)	かかりつけ(入院先)医療機関名				
	主治医氏名:				
これまでの病歴 (発症時期も記載)	その他の病院				
医療的処置 ※該当全てにチェック	<input type="checkbox"/> 内服薬	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 胃瘻(胃ろう)	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)	<input type="checkbox"/> その他( )	
リハビリの実施状況	<input type="checkbox"/> リハビリを実施している (実施内容、頻度などを記載)				
	<input type="checkbox"/> リハビリ未実施				
麻痺拘縮	(麻痺や拘縮がある場合、その部位と状態を記載)				
移動	移動状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移動補助具	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子
食事	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食事形態(主)	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他( )
	食事形態(副)	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー
排泄	排泄方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	オムツ形態	<input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> 尿パッド	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オシメ
	尿意	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> あいまい	<input type="checkbox"/> 無し	
	便意	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> あいまい	<input type="checkbox"/> 無し	
入浴	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
更衣	着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
その他	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 非常に悪い	<input type="checkbox"/> 見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大きな声なら	<input type="checkbox"/> 聞こえない
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不明瞭	<input type="checkbox"/> 話せない	
認知症の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ 認知症がある方は以下の項目の当てはまる症状全てにチェックしてください				
	<input type="checkbox"/> 物忘れがある	<input type="checkbox"/> 目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/> 大声や奇声を発する	<input type="checkbox"/> 物を集めてしまいがち	<input type="checkbox"/> トイレ以外で排泄をすることがある
	<input type="checkbox"/> 感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> 食べられないものを口にしたり食べたりする	<input type="checkbox"/> 実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	<input type="checkbox"/> 夜中に起きて日中眠ることがある	<input type="checkbox"/> 同じことを何度も訴える
		<input type="checkbox"/> 暴言や暴行がある	<input type="checkbox"/> その他( )		
備考					

