

短期入所生活介護利用申込書 兼 調査票

現在

フリガナ 氏名			性別	生年月日 (歳)		
			男・女			
住所	〒			自宅TEL		
申請者	(続柄)		住所	連絡先		
緊急時の連絡先	フリガナ 氏名	続柄	自宅の電話番号	勤務先の電話番号	備考	
					携帯	
					携帯	
					携帯	
家族構成			介護状態や生活歴等			
要介護度	要介護	所属				担当者

<健康状態について>

かかりつけの病院 (受診している病院)		最終受診日
既往歴	科 医師	
	病名: 病院名(科):	
	病名: 病院名(科):	
	病名: 病院名(科):	
内服薬 (薬の説明書・お薬手帳のコピーでも可)		
麻痺 有・無	部位	床ずれ 部位
拘縮 有・無	部位	有・無
痛み 有・無	部位	備考
むくみ 有・無	部位	
かゆみ 有・無	部位	

(日常生活の様子で最も近い項目に○印を、また、特記事項を記入して下さい。)

性格					記憶障害	(有・無)	
会話	1 普通	2 やや不自由	3 不自由				
理解力	1 普通	2 ある程度理解できる	3 あまり解らない				
視力	眼鏡の使用	有・無	右	普通 見えにくい	まったく見えない	問題行動	(有・無)
		有・無	左	普通 見えにくい	まったく見えない		
聴力	補聴器の使用	有・無	右	普通 聞こえにくい	聞こえない		
		有・無	左	普通 聞こえにくい	聞こえない		
移動	1 自立	移動方法	(a) 杖	(d) その他			
	2 一部介助		(b) 歩行器				
	3 全介助		(c) 車椅子				
入浴	1 一般浴	着脱衣	1 自立				
	2 中間浴		2 一部介助				
	3 特浴		3 全介助				
排泄	1 自立	排泄用具	(a) トイレ				
	2 一部介助 (トイレ誘導を含む)		(b) ポータブルトイレ				
	3 全介助	(c) 尿器					
	・ 尿意 (有・無)		(d) オムツ				
	・ 便意 (有・無)		・ 尿取りパット				
			・ リハビリパンツ				
			・ 紙おむつ				
食事	1 自立	食事形態	主食				
	2 一部介助		(a) ご飯				
	3 全介助	(b) お粥					
	・ 飲み込み(良・不良)	(c) ミキサー					
	・ 食事制限(有・無)	副食					
	()	(a) 普通					
		(b) 刻み					
		(c) ミキサー					
	箸・スプーン・フォーク	(d) その他					
	・ 義歯 有(上・下)・無						
その他	寝具	福祉サービスの利用状況					
	1 ベット	2 布団	・ ホームヘルプサービス(/ w)				
()			・ ショートステイ (月に 日程度)				
			・ デイケア (/ w)				
			・ デイサービス (/ w)				
	睡眠の状態		・ 訪問看護(有無) (/ w)				
	1 良眠	2 時々眠れない	3 不眠	・ その他 ()			
	()						