

小規模多機能型居宅介護 上野の家 利用申込書

年 月 日 作成

フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
氏 名						
住 所	〒		家 族 構 成			
	電話番号					
	現在の場所 自宅・病院・老健・その他 ()					
緊急連絡先	氏名	続柄 ()				
	住所 電話 メールアドレス					
主治医	医療機関名	医師				
	氏名 電話					
介護保険 情報	被保険者番号					
	認定の有効期間		年 月 日	～	年 月 日	
	認定年月日		年 月 日	介護保険負担割合	割	
日常生活 の状態	移 動	方 法	自立 ・ 介助歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 老人車 ・ 車イス			
		移 乗	可 ・ 一部介助 ・ 不可			
		注意点				
	食 事	方 法	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (箸 ・ スプーン ・ フォーク)			
		形 態	主食 ごはん ・ おかゆ ・ パン			
			副食 普通 ・ 柔らかめ ・ 刻み ・ ミキサー			
			水分 トロミ使用 有り ・ 無し			
		禁忌				
	義歯の有無	自分の歯 ・ 義歯 (上 ・ 下 ・ 部分)				
	排 泄	使用状況	日中	布下着 ・ リハビリパンツ ・ 尿取りパット ・ オムツ		
			夜間	布下着 ・ リハビリパンツ ・ 尿取りパット ・ オムツ		
		排 尿	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
			トイレ誘導 (要 ・ 不要)			
			失禁 (あり ・ 時々あり ・ なし)			
			オムツ使用 (日中 ・ 夜間 ・ 終日)			
		排 便	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
			便秘の有無 (有 ・ 無)			
			下剤の使用 (有 ・ 無)			
		入 浴	方 法	一般浴 ・ 介護浴 (車イス浴 ・ 寝浴) ・ 清拭		
	着替え		自立 ・ 介助			
認知症	なし ・ あり (軽度 ・ 中度 ・ 重度)					

病名			既往歴
生活歴			特記事項
			服用中のお薬
一般健康状態	体 型	体 重 kg 身 長 cm	
	視 力	見える ・ 見えにくい ・ ほとんど見えない ・ 全く見えない メガネの使用（ あり ・ 時々あり ・ なし ）	
	聴 力	聞こえる ・ 聞こえにくい ・ ほとんど聞こえない ・ 全く聞こえない 補聴器の使用（ あり ・ 時々あり ・ なし ）	
	言 葉	話せる ・ やや不自由 ・ 返事のみ ・ 全く話せない	
	意思表示	できる ・ だいたいできる ・ 基本的欲求のみ可能 ・ 全くできない	
	話の理解	できる ・ だいたいできる ・ 全くできない	
	睡眠状態	問題なし ・ 昼間寝ていることが多い ・ 夜間目を覚ますことが多い 睡眠薬を服用している	
	精神状態	問題なし ・ やや不安定 ・ かなり不安定	
	認知症	* 作り話をし、周囲に言いふらすことが （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
		* 実際にはないものが見えたり、聞こえることが （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
		* 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
		* 暴言や暴力が （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
		* 大声を出すことが （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
		* 目的もなく動き回ることが （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
		* 外出すると病院、施設、家などに一人で戻れなくなる （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
		* 一人で外に出たがり目が離せないことが （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
		* いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる （ ない ・ 時々ある ・ ある ）	
* 火の始末や火元の管理ができないことが （ ない ・ 時々ある ・ ある ）			
* 不潔な行為を行うことが （ ない ・ 時々ある ・ ある ）			
* 拒食が （ ない ・ 時々ある ・ ある ）			
* 過食が （ ない ・ 時々ある ・ ある ）			