

京都府介護老人保健施設 共通申込書

施設名 【 _____ 】 御中

- 通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション
ショートステイ ・老健入所 (当てはまるものに✓印)

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者： _____ (所属 _____)

利用者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治	年 月 日 (満 歳)
	氏名			<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	
	住所	〒 _____				
	TEL	(_____)	FAX	(_____)		
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 (_____) 病(医)院 (入院日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 老健 (_____) (入所日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> その他 (_____) (入所日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)				
	現在のかかりつけ医	_____ 病院 医師名 _____				
	病名・既往歴・ 使用中の薬剤 <small>(お薬手帳コピー添付可)</small>					
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当ワーカー名 _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)				
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 種 _____ 級 障害名： _____)				
	精神障害者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 級)				
介護保険 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階) 年金額 _____ 円/月					
介護保険		要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5	負担割合	被保険者 番号		
			<input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 3割	認定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 <small>(区分変更中の場合はその申請日を記入)</small>	
			<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中	有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日	

身元引受人	フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	年齢	続柄	職業
	氏名			<input type="checkbox"/> 女			
	住所	〒 _____					
	TEL	(_____)	携 帯	(_____)			

事業所名		担当 ケアマネ	
TEL	(_____)	FAX	(_____)

利用者名

様

京都府介護老人保健施設 共通申込書

利用希望内容	訪問 リハビリ	希望理由		
		希望曜日・時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 (週____回)	
	通所 リハビリ	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流 <input type="checkbox"/> その他 (下記の希望記入欄に記入)	
		希望曜日・時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 (週____回) : ~ :	
		通所リハ利用前 24 ヶ月以内のリハビリテーションに関する介護保険又は医療保険の報酬請求の確認 <input type="checkbox"/> 6 ヶ月以上の報酬請求がある <input type="checkbox"/> 6 ヶ月以上の報酬請求がない		
	短期入所	希望理由	<input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> その他 (下記の希望記入欄に記入)	
		希望部屋	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2 人部屋 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい	
		希望期間	<input type="checkbox"/> __ / __ ~ __ / __ (約__日間) <input type="checkbox"/> いつでもよい (約__日間)	
		定期利用希望	<input type="checkbox"/> 定期的に利用希望 (____ヶ月毎) <input type="checkbox"/> 今回のみ利用希望	
	老健入所	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活継続困難 <input type="checkbox"/> その他(下記記入)	
希望部屋		<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2 人部屋 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
希望期間		<input type="checkbox"/> 約____ヶ月間 <input type="checkbox"/> 未定		
今後の方向性		<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 他施設への申し込み <input type="checkbox"/> 検討中		
現在申請中の施設		<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 (下記の希望記入欄に記入)		
希望理由、介護上の問題点、施設への要望など(できるだけ具体的に)				

家族構成と連絡先	氏名 (連絡順)	続柄	年齢	電話番号		家族構成 (<input type="checkbox"/> 男性、 <input type="checkbox"/> 女性、同居者を囲う) └
	()			自宅	()	
				携帯	()	
	()			自宅	()	
				携帯	()	
	()			自宅	()	
携帯				()		

1 週間ごとのご利用サービス(在宅サービスをご利用中の方のみ記入してください。例：ヘルパー、デイケア等。できれば事業所名も)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

※この共通申込書は別紙「日常生活動作(ADL)確認表」とセットになっています。

日常生活動作（ADL）確認表

Ver.2 3 / 3

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 様 記入者： _____ (所属 _____)

移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他(特記事項)	
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度、骨折歴、最近の転倒状況(特記事項に記入))			
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	センサーマット使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位など：特記事項)	
特記事項					
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でトイレへ <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル(□介助要) <input type="checkbox"/> いつもポータブル(□介助要) <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> 尿器 (□介助要) <input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ			
	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし(排便 _____ 日に1回)	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし	
	失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり	夜間の状況	就寝後の排泄回数(約 _____ 回)	
	特記事項				
入浴衣	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ	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	
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リフト <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> その他(特記事項)			
	特記事項				
食事・口腔ケア	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない	
	むせ込み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> あり	水分トロミ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (□薄・□普通・□濃)	
	食事内容	食種	<input type="checkbox"/> 普通(□全量・□ハーフ) <input type="checkbox"/> 糖尿病食(_____ kcal) <input type="checkbox"/> 塩分制限食(_____ g) <input type="checkbox"/> その他(特記事項)		
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> その他(特記事項)		
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ付き <input type="checkbox"/> その他(特記事項)		
	摂取量	<input type="checkbox"/> おおむね全量 <input type="checkbox"/> 7~8割 <input type="checkbox"/> 半量程度 <input type="checkbox"/> 半量以下 <input type="checkbox"/> 日によってムラあり			
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(□部分義歯(□上・□下)・□総義歯) <input type="checkbox"/> 使用せず			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(□歯ブラシ使用□うがいのみ)	残歯	<input type="checkbox"/> あり(約 _____ 本) <input type="checkbox"/> なし		
特記事項 (提供カロリー、使用器具、アレルギー、嗜好など)					
身体状況等	身長・体重	身長 _____ cm 体重 _____ kg(_____ 月 _____ 日現在)	体重の減少	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____ ヶ月で _____ kg 減)	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢			
	関節痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位： _____)	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位： _____)	
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 見えない(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 眼鏡使用			
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(□右 □左 □どちらも) <input type="checkbox"/> 聞こえない(□右 □左 □どちらも)			
	補聴器使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> どちらも	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠(□眠剤使用)	
	特記事項				
その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	ハースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない	
	ことばの理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない			
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為			
		<input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
	日常生活自立度	障害自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
		認知症	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
医療情報	<input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養(□胃ろう□経鼻) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 床ずれ以外の処置				
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門				
	<input type="checkbox"/> 感染症(詳細は特記) <input type="checkbox"/> 透析(_____ 回/週) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開				
特記事項					

生活歴・一日の過ごし方・一週間の過ごし方、性格、趣味など できるだけ詳しく記入してください。