Ver.2　　１／３

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）

**（をクリックすれば✔が入力されます。以下同様）**

記入日：　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

記入者：　　　　　　　　　　　（所属　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **利　　用　　者** | **フリガナ** | |  | | | | 男  女 | 明治  大正　　　　年　　月　　日生まれ  昭和　　　　　（満　　　歳） |
| **氏　名** | |  | | | |
| **住　所** | | 〒　　　－ | | | | | |
| T E L | | （　　　） | | | F A X | （　　　） | |
| **現在の居場所** | | | 自宅  病院　（　　　　　　　　　　　　　　　　　病（医）院）（入院日　　年　　月　　日）  老健　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（入所日　　年　　月　　日）  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**  **(お薬手帳コピー添付可)** | | |  | | | | |
| **医療保険** | | | 後期高齢者医療　生活保護(担当ワーカー名　　　　　　　) その他(　　　　　　) | | | | |
| **身体障害者手帳** | | | 無　有（　　　種　　　級　障害名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **精神障害者**  **保健福祉手帳** | | | 無　有（　　　級） | | | | |
| **介護保険**  **負担限度額認定証** | | | 無 申請中 有（第1段階第2段階第3段階）年金額　　　　　　　　円／月 | | | | |
| **介護保険** | 要支援1･2  要介護1･2･ 3･4･5 | | | 負担割合  1割･2割･3割 | **被保険者**  **番号** | |  |
| **認定日** | | 年　　月　　日  (区分変更中の場合はその申請日を記入) |
| 申請中  区分変更中 | **有効期間** | | 年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身元引受人** | **フリガナ** |  | 男  女 | **年齢** | **続柄** | **職　業** |
| **氏名** |  |  |  |  |
| **住所** | 〒　　　－ | | | | |
| **TEL** | （　　　） | **携帯** | | （　　　） | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **担当**  **ケアマネ** |  |
| **TEL** | （　　　） | **FAX** | （　　　） |

Ver.2　　２／３

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 | 月　火　水　木　金　土　日　（週　　　回） |
| **通所 リハビリ** | 希望理由 | リハビリ　入浴　社会交流　その他（下記の希望記入欄に記入） |
| 希望曜日・時間 | 月　火　水　木　金　土　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  6ヶ月以上の報酬請求がある　　6ヶ月以上の報酬請求がない | |
| **短期入所** | 希望理由 | 介護負担軽減　介護者不在　その他（下記の希望記入欄に記入） |
| 希望部屋 | 個室　2人部屋　多床室　どちらでもよい |
| 希望期間 | ／　 ～ 　／　　（約　日間）いつでもよい（約　日間） |
| 定期利用希望 | 定期的に利用希望（　　　ヶ月毎）　今回のみ利用希望 |
| **老健入所** | 希望理由 | リハビリ　介護負担軽減　在宅生活継続困難　その他(下記記入) |
| 希望部屋 | 個室　2人部屋　多床室　どちらでもよい |
| 希望期間 | 約　　　ヶ月間　　　未定 |
| 今後の方向性 | 在宅復帰　他施設への申し込み　検討中 |
| 現在申請中の施設 | 老健　特養　介護医療院　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  (□男性、○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** | 自立　一部介助　全介助 | | | **移動手段** | 独歩 手引き 杖 歩行器 その他(特記事項) | | | |
| **転倒** | なし　あり（頻度、骨折歴、最近の転倒状況(特記事項に記入)） | | | | | | | |
| **立位** | 可　支えがあれば可　不可 | | | | **座位** | 可　支えがあれば可　不可 | | |
| **移乗** | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | | **センサーマット使用** | | | なし　あり |
| **寝返り** | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | | **床ずれ** | なし　あり(部位など：特記事項) | | |
| **特記事項** |  | | | | | | | |
| **排　泄** | **排泄** | 自分でトイレへ 介助でトイレへ 夜だけポータブル(介助要)いつもポータブル(介助要) | | | | | | | |
| 綿パンツパット使用リハビリパンツ使用尿器（介助要）夜だけオムツ一日中オムツ | | | | | | | |
| **便意** | あり 時々あり なし(排便　　日に1回) | | | | **尿意** | あり 時々あり なし | | |
| **失禁** | なし 時々あり あり | | | | **夜間の状況** | 就寝後の排泄回数(約　　回) | | |
| **特記事項** |  | | | | | | | |
| **更衣**  **入浴** | **入浴** | 自立　一部介助　全介助　清拭のみ | | | | **着脱** | 自立見守り一部介助全介助 | | |
| **入浴方法** | 手引き　シャワーチェアー　 リフト　ストレッチャー　 個浴　その他(特記事項) | | | | | | | |
| **特記事項** |  | | | | | | | |
| **食事・口腔ケア** | **食事動作** | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | | **嚥下** | 問題なし　しにくい　できない | | |
| **むせ込み** | なし　時々あり　あり | | | | **水分トロミ** | なし　あり（薄・普通・濃） | | |
| **食事内容** | **食種** | 普通(全量・ハーフ)糖尿病食(　　　　kcal)塩分制限食(　　g)その他(特記事項) | | | | | | |
| **主食** | 米飯　軟飯　全粥　ミキサー粥　おにぎり　その他(特記事項) | | | | | | |
| **副食** | 普通　軟菜　一口大　キザミ　ミキサー　トロミ付き　その他(特記事項) | | | | | | |
| **摂取量** | おおむね全量　7～8割　半量程度　半量以下　日によってムラあり | | | | | | | |
| **義歯** | なし　あり(部分義歯(上・下)・総義歯)　使用せず | | | | | | | |
| **口腔ケア** | 自立 見守り 一部介助 全介助(歯ブラシ使用うがいのみ) | | | | | **残歯** | | あり(約　本)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** | なし あり(　　ヶ月で　　kg減) | | |
| **麻痺** | なし　右上肢　右下肢　左上肢　左下肢 | | | | | | | |
| **関節痛** | なし　あり(部位：　　　　　　　　　　) | | | | **拘縮** | なし　あり(部位：　　　　　　) | | |
| **視力** | 見える　見えにくい(右　左　どちらも)見えない(右　左　どちらも)眼鏡使用 | | | | | | | |
| **聴力** | 聞こえる　聞こえにくい(右　左　どちらも)聞こえない(右　左　どちらも) | | | | | | | |
| **補聴器使用** | なし 右 左 どちらも | | | **睡眠** | 良眠 時々不眠 不眠(眠剤使用) | | | |
| **特記事項** |  | | | | | | | |
| **その他情報** | **意思疎通** | できる 時々できる ほとんどできない できない | | | | | | **ナースコール** | 押せる 押せない |
| **ことばの理解** | できる 時々できる ほとんどできない できない | | | | | | | |
| **行動障害** | なし 徘徊 暴言 暴行 昼夜逆転 妄想 異食 大声をあげる 不潔行為 | | | | | | | |
| 幻聴・幻覚 性的問題行動 介護への抵抗 その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| **日常生活 自立度** | **障害自立度** | | 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | | | | |
| **認知症** | | 自立 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M | | | | | |
| **医療情報** | インシュリン喀痰吸引経管栄養(胃ろう経鼻)ペースメーカー 床ずれ以外の処置 | | | | | | | |
| 酸素療法 吸入 点滴管理 ターミナル管理 バルーンカテーテル 膀胱ろう 人工肛門 | | | | | | | |
| 感染症（詳細は特記）透析（　　回/週）中心静脈栄養 モニター管理 人工呼吸器 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。 | | | | | | | | | |