

## 尼崎老人保健施設ブルーベリー 利用申込書

申込日：	記入者：	(本人との関係： )
------	------	------------

ふりがな			生年 月日	年 月 日生 ( ) 歳		
利用者氏名						
住所	〒		TEL： 携帯：			
申込サービス	① 入所	② ショートステイ	③ デイケア			
	入所希望月 ( ) 月	利用希望期間 / ~ /	週 ( ) 回希望 ( ) 曜日 送迎 (要・不要) 入浴 (要・不要)			
申込理由又は 利用の際の要 望・心配な事						
身元引受人	氏名			続柄：		
	住所					
	TEL	:			携帯	:
現在の状況	<input type="checkbox"/> 病院・他施設に入院・入所中		病院・施設名 ( )			
	疾患名 ( )					
<input type="checkbox"/> 在宅	ケアマネ ジャー	事業所名 ( ) 担当者 ( ) TEL：	主治医	病院名 ( ) 主治医名 ( ) TEL：		
保険種別	介護 保険	介護保険被保険者証 介護度： 有効期間： ~				
	介護保険負担割合証 割合： 割					
	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		食費： 円 居住費： 円			
	医療 保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国保本人 <input type="checkbox"/> 国保家族 <input type="checkbox"/> 社保本人 <input type="checkbox"/> 社保家族 割合： ( ) 割 <input type="checkbox"/> 高齢障害者医療 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
その他	<input type="checkbox"/> 生活保護 担当者： TEL：					
急変時転院先	指定先 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病院名 ( ) 主治医名 ( ) TEL：( )				

申込者氏名	(本人との関係)
住所	TEL：

緊急連絡先	① 氏名	続柄：	TEL：
	② 氏名	続柄：	TEL：
	③ 氏名	続柄：	TEL：

# 現在の生活についてのアンケート (記入と当てはまるものに○をお願いします)

入院・施設入所中の方は病院・施設スタッフに記入をお願いします (記入日: \_\_\_\_\_ 記入者名: \_\_\_\_\_)

食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>●主食 米飯・粥・ミキサー・その他 ( _____ )</li> <li>●副食 普通・一口大・キザミ・ミキサー・その他 ( _____ )</li> <li>●栄養補助食品 無・有 ( _____ )</li> <li>●療養食 無・有 ( _____ )</li> <li>●摂取方法 自立・見守り・一部介助・全介助</li> <li>●摂取量 10割・5~9割・5割未満</li> <li>●使用器具 箸・スプーン・自助具 ( _____ )</li> <li>●むせる事 無・有</li> <li>●トロミ剤 無・有 (程度: _____ )</li> <li>●食品アレルギー 無・有 ( _____ )</li> <li>●好き嫌い 無・有 ( _____ )</li> </ul>	基本動作	<ul style="list-style-type: none"> <li>●座位 背もたれなしでできる (10分程度)・背もたれがあればできる (2時間以上)・傾斜があればできる</li> <li>●立ち上り 自立・見守り・一部介助・全介助</li> <li>●移乗 自立・見守り・一部介助・全介助</li> <li>●移動 自立・見守り・一部介助・全介助</li> <li>●移動手段 独歩・杖・歩行器(押し車)・車いす・リクライニング車いす</li> </ul>
排泄	<ul style="list-style-type: none"> <li>●尿意 (有・曖昧・無) 便意 (有・曖昧・無)</li> <li>●排尿回数 昼 ( _____ 回) 夜 ( _____ 回)</li> <li>●排泄場所 昼: トイレ・Pトイレ・ベッド上 布パンツ・リハパン・オムツ・パット 夜: トイレ・Pトイレ・ベッド上 布パンツ・リハパン・オムツ・パット</li> <li>●介助方法 自立・見守り・一部介助・全介助 ( _____ )</li> <li>※便秘時 緩下剤使用・坐薬使用・水薬使用・浣腸使用</li> </ul>	身体状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>●身長 ( _____ ) cm 体重 ( _____ ) kg ( _____ / _____ 日付)</li> <li>●視力 普通・やや不自由(右・左)・聞こえない(右・左) 眼鏡⇒ 無・有</li> <li>●聴力 普通・やや不自由(右・左)・聞こえない(右・左) 補聴器⇒ 無・有</li> </ul>
入浴	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入浴回数 週 ( _____ ) 回 シャワー浴・一般浴・特殊浴・その他 ( _____ )</li> <li>●洗髪 自立・一部介助・全介助</li> <li>●洗身 自立・一部介助・全介助</li> </ul>	コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>●性格・生活歴(職歴等)・趣味 ( _____ )</li> <li>●意志の伝達 できる・時々できる・殆どできない・できない</li> <li>●意思決定 できる・特別な時を除いてできる・日常的に困難・できない</li> <li>●5分前の記憶保持 できる・できない</li> <li>●ひどい物忘れ ない・月1回ほどある・週1回以上ある</li> </ul>
更衣	<ul style="list-style-type: none"> <li>●上着 自立・一部介助・全介助</li> <li>●下衣 自立・一部介助・全介助</li> </ul>	医療・看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>●内服について 自立・見守り・一部介助・全介助 ( _____ )</li> <li>●薬剤アレルギー(抗生物質・点滴を含む) 無・有 ( _____ )</li> <li>●点眼薬、外用薬、眼薬 無・有 ( _____ )</li> <li>●皮膚疾患(湿疹、発赤や褥瘡または処置内容など) 無・有 ( _____ )</li> <li>●睡眠 良眠・不眠傾向・不眠</li> <li>●定期受診 無・有(病院名や頻度: _____ )</li> </ul>
口腔ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>●義歯 無・有(上・下) ※管理 自立・介助</li> <li>●自歯 無・有</li> <li>●歯磨き 自立・一部介助・全介助・ガーゼ使用</li> <li>●うがい 自立・一部介助・全介助</li> </ul>	基本動作	<ul style="list-style-type: none"> <li>●麻痺 無・有 右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 その他 ( _____ )</li> <li>●拘縮 無・有 右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 その他 ( _____ )</li> <li>●浮腫 無・有(部位: _____ )</li> <li>●疼痛等の自覚症状 無・有</li> <li>●寝返り 自立・見守り・一部介助・全介助</li> <li>●起き上り 自立・見守り・一部介助・全介助</li> </ul>
		精神・行動障害など	<ul style="list-style-type: none"> <li>0.無し</li> <li>1.不穏 2.徘徊 3.道に迷う 4.帰宅願望 5.昼夜逆転</li> <li>6.盗食 7.異食 8.独語 9.作話 10.大声 11.幻覚</li> <li>12.幻聴 13.収集癖 14.気分の落ち込み 15.起死念慮</li> <li>16.拒薬 17.拒食 18.介護抵抗 19.不潔行為</li> <li>20.暴力や攻撃行為 21.衣服や物品の破壊行為</li> <li>22.自分勝手な行動 23.話がまとまらない</li> <li>24.その他 ( _____ )</li> </ul>