

利用申込書 兼 利用者台帳

フリガナ				性別	生年月日			
氏名				男・女	明治・大正・昭和	年 月 日	歳	
現住所	郵便番号			電話番号				
連絡先	順	フリガナ			関係	(電話) (携帯)		
	1	氏名						
	2	氏名	電話			関係	住所	
	3	氏名	電話			関係	住所	
家族構成					生活歴			
担当の居宅 介護支援事 業所等	事業所の名称			電話番号		担当者		
利用期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日				入所・ショートステイ・通所			
利用理由								
介護認定	要支援・要介護 1・2・3・4・5・その他(新規申請中・変更中)			認定日	年 月 日	認定期間 年		
病 歴	受診している 医療機関	病医院				先生		
	既往歴							
	疾病名							
	内服内容							
	特別な 処置	インシュリン(単位・朝 u・夕 u)・透析(回/週)・在宅酸素()						
		気管切開・その他()・褥瘡・経管栄養・尿カテーテル※詳細は裏面へ						
	感染症	MRSA(+・-) 部位()			疥癬(+・-) 部位()			
		HBs(+・-)、HCV(+・-)、その他(病名:)						
リハビリ 実施	無・有・内容:		頻度:		利用中の実 施の希望	無・有・内容:		
療養の 経過	※3か月以内の老健利用歴: 無・有(月 日~ 月 日)							
現在の 所在	<input type="checkbox"/> 在宅(自宅・居宅) 、 <input type="checkbox"/> 施設入所中 、 <input type="checkbox"/> 入院中 、 <input type="checkbox"/> その他()							
利用在宅 サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス (週月 回) 、 <input type="checkbox"/> デイケア (週月 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ () <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (週月 回) 、 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> サービス利用なし、 <input type="checkbox"/> 不明、 <input type="checkbox"/> 特記事項:							
病院 施設 利用	現在入院・入所中の施設名 ()、利用区分 (入所・ショート) 入院・利用期間							

	寝たきり度 ランク	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		認知症ランク	なし・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ		
	食 事 (兼 食事箋)	撮 取	自 力・一部介助・全介助・経管（鼻腔・胃瘻・交換日 / ）				
		形 態	主食	ごはん・おにぎり・軟飯・粥・ペースト・粥ゼリー・経管			
			副食	常食・軟菜・あらきざみ・きざみ・ペースト・ゼリー	入れ歯:無・有（ ）		
		むせ等	無・有・程度（強い・弱い）水分とろみ（必要・不要）ゼリー				
		自助具等	はし・スプーン・その他：				
		食事制限等					
	特記事項						
	移 動 ・ 移 乗 など	坐 位	可・支えがあれば可・不可		立 位	可・つかまり立ちで可・不可	
		歩 行	自立・見守り・付き添い・不可		補助具使用	杖・その他（ ）	
		車椅子移乗	自力・見守り・一部介助・全介助		車椅子移動	自力・見守り・一部介助・全介助	
		移動用具	普通車椅子・スイング式・リクライニング式・ストレッチャー（ ）				
		装 具	無・有・部位： 、装着：自力・一部介助・全介助				
	特記事項						
	排 泄	自 力	トイレ・ポータブル	おむつ の 使用	無（布パンツ+尿パット		
		一部介助	トイレ・ポータブル		有（紙パンツ+尿パット		
		全介助	トイレ・ポータブル		おむつ（常時・夜間のみ）		
		カテーテル	尿道・膀胱、ゴム・シリコン、No： 交換日：				
		ストマ	部位： 、パウチ： 交換日：				
	特記事項						
	入 浴	一般入浴（自立・見守り・一部介助・全介助）・リフト浴・特殊入浴					
		特記事項					
	更 衣	自力・一部介助・全介助・特記：			整容	自立・声掛け・一部介助・全介助	
	意思表示	できる・時々できる・できない・特記：					
	指示への反応	通じる・時々通じる・通じない・特記：					
	睡 眠	良眠・不眠（毎日・時々）・特記：					
	身 体 の 状 況	視 覚	見える・近くなら見える・見えない	麻 痺	無・有（部位： ）		
		聴 覚	聞こえる・大きな声を出せば聞こえる・聞こえない	褥 瘡	無・有（部位： 程度： ）		
		言 語	問題ない・言語障害ある・発語ない	皮膚疾 患	病名： 部位：		
	性格・趣味						
	問 題 行 動	無・有：常に注意が必要・時々注意が必要・見守り程度					
	その他 特記事項	ショートステイ利用時の送迎が必要な理由（ ）					

令和 年 月 日 機関名・職種・
記載者 サイン

利用者氏名（情報更新時記入）
更新日 令和 年 月 日
氏名

※施設記載

担 当 者
/