

孝松館 入所・短期入所療養・通所リハビリ申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ											男 女	生年月日	M・T・S 年 月 日 歳							
氏 名	殿																			
住 所	〒										TEL ()									
身元引受人氏名																				
住 所		〒										TEL ()								
介護保険被保険者番号										要 介 護 状 態 区 分					認 定 の 有 効 期 間					
											要支援・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5					年 月 日～ 年 月 日				
身体障害者手帳				無 ・ 有 (種 級)				障害名												
同居家族	氏 名		続柄	性別	年齢	職 業		備考	緊急連絡先	①氏名 (続柄)										
										住所										
										TEL										
										②氏名 (続柄)										
										住所										
										TEL										
住居の状況		自家 ・ 公営住宅 ・ 借家 ・ アパート ・ その他 ()																		
利用希望期間		開始 令和 年 月 日頃から 終了 令和 年 月 日頃まで																		
本人・家族の利用目的																				
かかりつけの医療機関		(科)																		
主 治 医		Dr					定期(受・往)診			有(回／)・無()										
担当ケアマネジャー		事業所：					担当者：					TEL：								
居宅サービス 利用状況																				
現在の居所		1. 自宅 2. 病院() 3. 介護保険施設() 4. その他()																		
退所後の行先		自宅 ・ 施設 ・ その他 ※その事由																		
※入所検討に当たって特に配慮して欲しい事項																				
社会福祉法人 孝明 他施設 同時申込希望 (希望施設に○)										・ 介護老人福祉施設 孝明館						・ 介護老人福祉施設 孝明豊科館				
										・ 介護老人保健施設 孝穂館						・ グループホーム かじか庵				

身体状況連絡書

主な病歴：				現在の処方内容：			
下記について該当するものを○で囲って必要事項を記入してください				・経管栄養食(以下に記入)			
食事・調理	主食	ご飯・お粥・糊状・重湯・麺類・パン・おにぎり			種類 (kcal／日)		
	副食	普通・刻む・細かく刻む・ミキサーで粉碎する			朝食 kcal＋湯 ml		
	偏食	無・有()			昼食 kcal＋湯 ml		
	量	多い・普通・少ない・その他()			夕食 kcal＋湯 ml		
	間食	無・有(物 量 時間)			()		
摂取状態		・自分で食べる (スプーン・箸) ・介助する ()					
		・自歯 ・部分入れ歯 (上・下) ・総入れ歯 ・顎だけ					
排泄		・トイレ ・ポータブルトイレ ・尿器 ・安心パンツ(パット) ・リハパン(パット) ・オムツ(昼・夜) ・カテーテル 交換 / 予定 ・排便の状況 (回／ 日) － (下剤・浣腸) の使用 (有・無) ・自分で出来る ・介助をする ・その他 ()					
寝返り		出来る・出来ない	寝床について	ベッド・畳	エアーマットの使用	有・無	
座る		出来る ・ 起き上がり時介助 ・ 背もたれ要す ・ 寝たきり状態					
立つ		出来る ・ 移動バーを使う ・ 介助すれば出来る ・ 寝たきり状態					
着替え		出来る ・ 介助する	衣類	服	パジャマ	寝間着	つなぎ
移動		歩行 ・ つたい歩き ・ 杖、歩行器 ・ 車椅子(自力・介助) ・ 這う ・ 出来ない その他 ()					
最近、病気・治療したことのあるものに○をつけて様子や経過を記入してください							
・脳血管 ・呼吸器 ・循環器系(心臓・血管) ・消化器系 ・肝臓 ・泌尿器系 ・婦人科 ・膵臓(糖尿病等) ・骨(骨折等) ・関節(拘縮・変形) ・皮膚(床ずれ等) ・神経(パーキンソン等) ・精神 ・眼 ・歯 ・耳 ・アレルギー 有・無 ()							
身体機能について当てはまるものに○をつけてください							
・全く動けない ・麻痺(右・左・下半身) ・難聴 ・言語障害 ・視力障害 ・飲み込めない ・その他 ()							
精神状況について該当するものに○をつけてください							
・夜間眠れない ・意思の疎通が図れない ・大声、奇声を上げる ・ベッドから落下する ・同じことを言う ・意思の伝達が一方通行 ・トイレ以外で放尿する ・実在しない物が見え、声が聞こえる ・興奮しやすい ・よく転倒することがある・怒鳴る、暴力をふるう ・食品以外の物を食べる ・物を壊す ・うつ状態である ・不安が強く、人を呼ぶことが多い ※施設や家庭での様子 (どの様な行動が目立つかなど) をお書きください ()							
認知症高齢者の日常生活自立度							
□ランクⅠ		何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。					
□ランクⅡ		日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。					
□ランクⅢ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ介護を必要とする。					
□ランクⅣ		日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ介護を必要とする。					
□ランクⅤ		著しい精神状態や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。					
障害高齢者の日常生活自立度							
□ランクⅥ(生活自立)		何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。					
□ランクⅦ(準寝たきり)		屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。					
□ランクⅧ(寝たきり)		屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上での生活が主体であるが、座位を保つ。					
□ランクⅨ(寝たきり)		一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要す。					