

「特別養護老人ホーム 椿寿」短期入所生活介護新規申し込み兼調査票 (短期様式1)

面接日時：平成 年 月 日 時 面接者( ) 記録者

フリガナ 利用者の氏名					□男・□女
生年月日		□明治 □大正 □昭和	年 月 日生	歳	
要介護度		1・2・3・4・5	交付年月日	平成 年 月 日	
被保険者番号			認定年月日	平成 年 月 日	
認定の有効期		平成 年 月 日～平成 年 月 日			
介護保険負担 限度額認定	□無	負担段階 1・2・3	交付年月日	平成 年 月 日	
	□有	有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
社福軽減等の 有無	□無	その他減額	□無		
	□有	証等の有無	□有( )		
現住所	住所	〒			
		TEL	携帯 TEL		
緊急時連絡先	氏名			利用者との続柄	
	住所	〒			
		TEL	携帯 TEL		
緊急時連絡先	氏名			利用者との続柄	
	住所	〒			
		TEL	携帯 TEL		
掛かり付け医	機関名：			担当医：	
		〒			
	TEL	FAX			
担当居宅支援事業所：				TEL	
担当ケアマネージャー：				FAX	
利用目的					
他利用サービス					
特記事項					

ショートステイは体調不良時、ご利用できません。

緊急、体調不良時の病院受診はご家族様対応になりますので、緊急連絡の確認を必ずお願いいたします。  
環境の変化(広さ・慣れない環境でのストレス等)により、転倒・体調不良、ADLが低下するリスクも  
ございます。また24時間マンツーマンで見られないので、その旨ご家族様へのご説明をお願いいたしま  
す。(ただし安全に過ごせるように、出来る限りの対応はいたします。)

ケアプランの添付をお願いいたします。

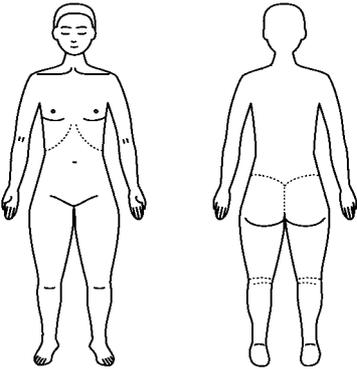
「特別養護老人ホーム 椿寿」短期入所生活介護新規申し込み兼調査票

(短期様式3)

氏名 様 M・T・S 年 月 日生( 歳)

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:	BP = /	P ( <input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整 )	KT =
(食事): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻 (義歯): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(上・下) (食事内容): (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (好きな飲料): (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (禁食・制限食): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容 ) (水分トロミ): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(程度 ) (摂取器具): <input type="checkbox"/> お箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> エプロン (一日の摂取量): 平均食事量 平均水分量(食事以外) 約 cc				
(排泄): 日中 <input type="checkbox"/> トイレ(自立) <input type="checkbox"/> トイレ(介助) <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 尿器(自立) <input type="checkbox"/> 尿器(介助) <input type="checkbox"/> Pトイレ(自立) <input type="checkbox"/> Pトイレ(介助) : 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ(自立) <input type="checkbox"/> トイレ(介助) <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 尿器(自立) <input type="checkbox"/> 尿器(介助) <input type="checkbox"/> Pトイレ(自立) <input type="checkbox"/> Pトイレ(介助) : 使用パット類( <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ ) 尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> なし : 尿回数(日中 回 夜間 回) 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> なし : 便秘対応:( 排便間隔 下剤の使用法 )				
(入浴): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (浴槽): <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 (洗面): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (更衣): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
(立位): <input type="checkbox"/> 立位可( <input type="checkbox"/> ささえ・ <input type="checkbox"/> 手すり・ <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 立位不可 (座位): <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (端座位): <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (寝返り): <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
(移動): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 自走可・ <input type="checkbox"/> 自走不可 ) <input type="checkbox"/> リクライニング (移乗): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (転倒の危険性): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )				
(視力): <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない (聴力): <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> かなり難聴				
(睡眠): <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々眠れない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転傾向(眠剤: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 頻度 )				
(与薬): <input type="checkbox"/> 自己管理(施設では全員お預かり致します) <input type="checkbox"/> 手渡し介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
(意志疎通): <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> まれに可 <input type="checkbox"/> 不可能 (認知症): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 健忘 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 帰宅要求 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> その他( )				
(自宅で使用している介護用品):( )				
(生活環境 居室図)		(生活環境 一日の流れ)		
		時刻	内容	時刻
			起床	
				就寝

氏名 様 M・T・S 年 月 日生( 歳 )

身体状況 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg		現在行っている医療的処置 (軟膏塗布や湿布貼付など)
--	---	-------------------------------

主な既往歴(病名)	感染症要確認	治療内容(内服・手術・入院・通院など)
・	( 年 月)	
主な現病歴(病名)	感染症要確認	現在受けている治療内容
・	( 年 月)	

薬名(効能)	用量	用法							
		起床	朝	昼	夕	就寝	食前	食間	他
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							
( )		<input type="checkbox"/>							

緊急対応：対応者 ( 続柄 ) 車の所持... 有 ・ 無