

介護医療院 さいきょう 入所申込書

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	明・大・昭 ・ ・ (歳)
住 所	〒 - 電話番号 () -		
保険証	社会保険 ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ 生保		
介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日
現 在	在宅 ・ 特養 ・ 老健 ・ 病院 ・ その他		地域連携 相談員()
	()		TEL() - FAX() -
担当 ケアマネ		支援 事業所	
連絡先	TEL () -	FAX () -	

身元引受人

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	大・昭・平 ・ ・ (歳)
住 所	〒 -		
連絡先	自宅 () -	携帯 () -	

生活について

既往歴	特別な医療：酸素・吸引・気切・その他()				
感染症	MRSA (+ ・ -) 疥癬 (+ ・ -) その他()				
生活歴	家族構成 本人: <input checked="" type="checkbox"/> ● <input type="checkbox"/> □:男 ○:女 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ○				
趣 味					
アレルギー				薬剤：無・有 ()	食物：無・有 ()
施設申込 状況					

生活歴(ADL)

患者氏名() 記入者氏名() 令和 年 月 日現在

身体状況		備考
食 事	自立・一部介助・全介助 【普通・キザミ・ミキサー】	経管栄養(経鼻・胃瘻・その他) (とろみ:なし・あり[])
排 泄	自立・一部介助・全介助・Ba 【ポータブル(常時・日中のみ)・オムツ】	ナースコール(押せる・押せない)
更 衣	自立・一部介助・全介助	介助部分:上半身・下半身・全身
麻 痺	無・有【上肢(右・左) 下肢(右・左)】	
拘 縮	無・有【上肢(右・左) 下肢(右・左)】	
褥 瘡	無・有(部位 大きさ)	処置内容:
入 浴	自立・一部介助・全介助	
寝返り	自立・一部介助・全介助	
起き上がり	自立・一部介助・全介助	
座位保持	自立・一部介助・全介助	
起 立	自立・一部介助・全介助	
歩 行	自立・一部介助・全介助	杖・歩行器・車椅子(自立・介助)
会 話	問題なし・簡単な会話・困難	
視 力	見える・見えにくい・見えない	
聴 力	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない	
体 格	身長 cm 体重 Kg	
寝たきり度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

* 該当する項目があれば、必ず記入して下さい。詳細などは備考に記入下さい。

精神状態		備考
見当識障害	ある(時間、場所、人)・ない	
短期記憶障害	ある・ない	
感情の不安定・不穏	ある・時々ある・ない	
暴言・暴力	ある・時々ある・ない	
大 声	ある・時々ある・ない	
介護への抵抗	ある・時々ある・ない	
不潔行為	ある・時々ある・ない	
異食行為	ある・時々ある・ない	
昼夜逆転	ある・時々ある・ない	
徘徊	ある(歩行、車椅子、その他)・ない	
転倒・転落	ある(詳細:)・ない	