

# 利用者申込書

介護老人保健施設  
エスポワール岬施設長殿

平成 年 月 日

紹介先 : 行政・病院施設・居宅介護支援事業所・訪問看護・その他					
介護認定度 : 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・申請中/区変中					
利用者	フリガナ				
	氏名	男女	明・大・昭 年 月 日生 歳		
	住所	〒 ( ) TEL ( )			
相談者	フリガナ				
	氏名		続柄 年齢		
	住所	〒 自宅 ( ) 携帯 ( )			
	勤務先名	〒 ( )			
家族構成	利用者本人からみた家族(人数)を記入して下さい。 その内、同居している方( 人)				
	配偶者 子(男 人 女 人) 孫( 人) 母親 父親 兄弟( 人) 姉妹( 人) その他( )				
利用希望	1, 入所 ヶ月程度 居室希望 : 四人部屋・個室・四人部屋空き待ちの個室(可・不可)				
	2, ショートステイ / ~ / 送迎希望 : 有・無				
	3, 通所リハビリテーション 居宅事業所: 担当CM: ・利用日 : 月・火・水・木・金・土 計 週 回 ・送迎希望 : 有・無 ・短期集中リハビリテーション : 希望する ( 病院・H / / 退院)				
利用理由	1, 身体的介護困難 (移動・排泄・入浴・食事・着脱)				
	2, 認知症で介護困難 (徘徊・不眠・不穏・不潔行為・幻覚・妄想)				
	3, 介護者不在 4, その他				
現在の状況	1, 在宅生活中・かかりつけ医 病院・医院 科 先生				
	2, 入院中・主病名 ( 病院 科)入院日H / / ~ / /				
	3, 入所 ( )入所日H / / ~H / /				
	既往歴				
相談者の連絡先	氏名	続柄	年齢	住所	TEL
	①				自宅
	②				
					携帯
夜間					
退所後の方向性 在宅・特別養護老人ホーム・グループホーム(施設申込:無・有 )					

ADL 状況調査票( )様

内 容	申込み時	備 考
食事 形態	常食・粥・きざみ・流動食・治療食( )	
摂取方法	箸・スプーン・フォーク他( )	
問題・工夫		
嗜好の有・無	好・嫌 禁忌	
排泄 方法	トイレ・オムツ・紙パンツ( )	
尿・便意の有・無	有 ・ 無	
問題・工夫		
清潔 方法	一般・特浴・シャワー浴・他( )	
入浴 頻度	回/週	
洗身	可・一部介助・全介助	
洗髪	可・一部介助・全介助	
更衣 可能の有・無	可・一部介助・全介助	
ボタンのかけはずし	可・不可	
靴下脱着	可・不可	
問題・工夫		
移動 歩行	可・不可(装具・器具等 )	
起立	可・一部介助・全介助	
寝返り	可・一部介助・全介助	
起き上がり	可・一部介助・全介助	
車椅子操作	可・不可	
移乗	可・一部介助・全介助	
端座位保持	可・一部介助・全介助	
問題・工夫		
身の回り 歯磨き	可・一部介助・全介助	
うがい	可・一部介助・全介助	
洗顔	可・一部介助・全介助	
手洗い	可・一部介助・全介助	
ひげ剃り	可・一部介助・全介助	
爪切り	可・一部介助・全介助	
耳の手入れ	可・一部介助・全介助	
身の回りの整理整頓	可・一部介助・全介助	
意志疎通	無 ・ 有	
運動障害	無 ・ 有	
麻痺	無 ・ 有	
肺結核・陳旧性含むの既往	無 ・ 有	
感染症	無 ・ 有 ・ C型肝炎	
性格及び対応上の注意		