

プレーゲ船橋短期入所生活介護事業所利用申込書

					記載日	年 月 日	
ご希望の利用期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
利用者氏名				性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	〒 -			電話番号	- -		
要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				保険者		
負担限度額認定の有無	第1段階・第2段階・第3段階・第4段階				生活保護	有・無	
家族氏名				続柄			
かかりつけ医療機関				医師名			
住所				電話番号			
既往歴				現在治療を受けている病気			
年 月 日				年 月 日			
年 月 日				年 月 日			
年 月 日				年 月 日			
年 月 日				年 月 日			
年 月 日				年 月 日			
皮膚の状態や処置など							
生活歴				家族構成			
趣味や特技				性格			
施設への要望							
その他特記事項							
地域包括支援センター名 居宅介護支援事業所名				担当者			
住所				連絡先			

氏名						
身体及び日常生活動作の状況	視力	1. 正常 2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない				
	聴力	1. 正常 2. 大きい声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない				
	会話	1. 正常 2. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない				
	歩行	1. 可能 2. 杖を使用して可能 3. シルバーカーで可能 4. 半介助 5. 全介助 (車椅子の使用 : 無・有 自走 : 可・不可 移乗 : 可・不可)				
	食事形態	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助				
		1. 米飯 2. 粥 3. 一口大 4. きざみ 5. 流動食 6. ゼリー食 7. 糖尿病食 8. 鼻腔栄養 9. 胃ろう 10. その他()				
	排泄	日中	1. 自立 2. 簡易式トイレ使用 3. 声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) 4. 全介助			
		夜間	1. 自立 2. 簡易式トイレ使用 3. 声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) 4. 全介助			
	更衣	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助				
	入浴	1. 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助				
	身体障害等	無・有(障害名) 種 級				
床ずれ	無・有(部位)、大きさ(cm × cm)					
精神及び行動の状況	ナースコールの使用	1. 可能 2. 不可能 3. 不明				
	認知の状況	正常・I・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M				
	下記の行動障害について、項目ごとに該当する数字を記入してください。					
	・行動障害がない場合は「1」を記入					
	・1カ月に1回以上ある場合は「2」を記入					
	・1週間に1回以上ある場合は「3」を記入					
	被害的		作話		幻視・幻聴	
	感情が不安定		昼夜逆転		常時の徘徊	
	暴言・暴動		同じ話をする		大声を出す	
	介護に抵抗		落ち着きなし		外に出て戻れない	
収集癖		一人で出たがる		火の不始末		
物や衣類を壊す		不潔行為		異食行動		
性的迷惑行為		ひどい物忘れ				
認知症状で困っている点や、その他お困りの事、不安な点がございましたらご記入下さい。						