

太陽と緑の家 通所利用申込書

平成 年 月 日

被保険者番号:		保険者:		居宅介護支援事業所:	
認定有効期間:		~		担当者名:	
介護度: 支援1 支援2 介護度 1 2 3 4 5 総合事業		電話番号:		FAX:	
フリガナ		生年月日	年齢	性別	
氏名	様	明大昭 年 月 日	歳 月 日	男 女	
住所				電話	
主・介護者				続柄	
緊急連絡先				電話	
家族構成:		既往・現病歴:		主治医	
				救急搬送先	
				電話	
				投薬状況	
機能訓練加算		する・しない			
本人希望					
家族希望					
麻痺	無・有 箇所()				
立位保持	出来る・つかまれば出来る・出来ない				
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助				
歩行レベル	自力(杖使用・装具使用)・車椅子自走・車椅子その他(介助方法)				
聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない・筆談	視力	普通・見えにくい・見えない メガネ有・無		
言語	普通・やや障害・ほとんど不可・不可	意思疎通	完全に通じる・ある程度通じる・通じない		
排泄	トイレ・おむつ 定時誘導 不必要・必要 時間(時 時 時 時 時)				
入浴	一般浴・特殊浴槽・チェア一浴				
更衣	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助				
食事制限	無・有(Kcal/日・塩分制限 g/日・タンパク質 /日)				
水分制限	無・有(ml/日) その他制限・嗜好				
嚥下	出来る・見守り・出来ない トロミ 必要・不要				
尿・便意	有・時々有・無				
認知症	無・時々有・有				
処置	無・有 褥瘡処置(部位)・人工肛門・膀胱留置カテーテル 経管栄養(/日)・気管内切開・酸素療法(ml/分 方法) インスリン注射(時間 種類 単位) その他:				
感染症	無・未調査・有()本人への説明 済・未				
利用希望日	月・火・水・木・金・土・日	日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
備考	医療機関名		DR名		