

# 太陽と緑の家 通所利用申込書

令和 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		