

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	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	
		病名	発症年月	主治医電話番号	
			..		
			..	救急搬送先	
			..	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・リハパン(パット有・パット無)・おむつ・定時誘導				
入浴	一般浴・リフト浴				
更衣	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助				
食事	自立・一部介助・全介助 トロミ 必要・不要				
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				
尿・便意	有・時々有・無				
認知症	無・時々有・有				
LIFE 必須項目	誤嚥性肺炎の既往歴はありますか? なし・あり (年 月 日)				
	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
	身長	CM	体重	Kg	
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				
備考					