令和　　年　　月　　日

株式会社　浜名湖ライフサポート

有料老人ホーム　みかんの郷　　御中

**1ヶ月利用申込書**

下記のとおり、みかんの郷「1ヶ月利用」を申し込みます。

●利用者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※介護保険証　負担割合証　健康保険証複写を提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | さま |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 様 |  | 男・女 | 明･大･昭 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  | （ |  | 歳） |
| ふりがな |  |
| 住　所 | 〒 | - |  |
|  |
| 電話番号 |  | - |  | - |  | 介護度 | 自立・要支援（１・２）・申請中 |
| 携帯電話 |  | - |  | - |  | 要介護（１・２・３・４・５） |

●緊急時連絡先①

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | さま |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 様 |  | 男・女 | 明・大・昭 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  | （ |  | 歳） |
| ふりがな |  |
| 住　所 | 〒 | - |  |
|  |
| 電話番号 |  | - |  | - |  | 利用者との続　柄 |  |
| 携帯電話 |  | - |  | - |  |

●緊急時連絡先②

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | さま |  | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 様 |  | 男・女 | 明・大・昭 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  | （ |  | 歳） |
| ふりがな |  |
| 住　所 | 〒 | - |  |
|  |
| 電話番号 |  | - |  | - |  | 利用者との続　柄 |  |
| 携帯電話 |  | - |  | - |  |

●担当の居宅支援事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | 電話番号 | 担当ケアマネージャー名 |
|  | （　　）　- |  |

●現在、利用している介護保険サービス（〇印）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通所介護 | 訪問看護 | 介護保険で貸与している福祉用具 |
| 通所リハビリ | 訪問リハビリ |  |  |  |
| 訪問介護 | ショートステイ |  |  |  |

●利用期間

|  |  |
| --- | --- |
| 【利用期間】 | 居室 |
| 令和　年　　月　　日（　）　　：　　～　令和　年　　月　　日（　）　　： | 　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **既往歴** |  | **内服薬** | ※お薬手帳かお薬の説明書の複写を提出 |
| **現病名** |  |
| **かかり****つけ医** | 医院名 |  |
| 電　話 |  |
| **身体状況** | **移　動** | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助□杖　□シルバーカー　□歩行器　□車椅子　□ストレッチャー |
| **食　事** | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 | 食事制限□ｶﾛﾘｰ（　　　　Kcal）□塩分（　　g）□ |
| 形態 | 主食 | □ご飯　□軟飯　□粥 |
| 副食 | □普通　□一口大　□刻み　□ミキサー |
| 食物アレルギー | □無□有 |  |
| 嫌いな食べ物(禁食) | □無□有 |  |
| 器具 | □箸　□スプーン　□フォーク　□エプロン　□嚥下補助剤(トロミ) |
| 口腔 | 自歯 | □無　□有 | 義歯 | □無　□有（□上　□下） |
| **排　泄** | 日中 | □自立　□見守り□トイレ誘導（□声掛け　□一部介助　□全介助）□ポータブル（□声掛け　□一部介助　□全介助）　□その他 |
| □パンツ　□失禁パンツ　□リハビリパンツ　□オムツ　□尿パット |
| 夜間 | □自立　□見守り□トイレ誘導（□声掛け　□一部介助　□全介助）□ポータブル（□声掛け　□一部介助　□全介助）　□その他 |
| □パンツ　□失禁パンツ　□リハビリパンツ　□オムツ　□尿パット |
| 尿意（□無　□有・頻度　　～　　回／日）便意（□無　□有・頻度　　～　　回／　日）　・下剤服用（□無　□有） |
| **着　脱** | □自立　□声掛け　□一部介助　□全介助 |
| **入　浴** | □自立　□一部介助　□全介助□一般浴　□特別浴　□シャワー浴　□清拭 |
| **睡　眠** | □良好　□不良　・眠剤服用（□無　□有）　 |
| **意思疎通** | □可能　□ある程度　□不可能 |
| **聴　力** | □普通　□やや大きな声で　□大声で　□ほとんど聞こえない　□聾□補聴器（□右　□左）　・自己管理（□可能　□不可能） |
| **視　力** | □普通　□大きな字なら　□人の動きなら　□明暗程度 |
| **金銭管理** | □可能　□不能　□不明 | **服薬管理** | □本人管理　□家族管理　□その他 |
| **言　語** | □普通　□ほぼわかる　□時々わかる　□理解不能 |
| **上　肢** | 麻痺 | □無　□有（□右　□左） | 拘縮 | □無　□有（□右　□左） |
| **下　肢** | 麻痺 | □無　□有（□右　□左） | 拘縮 | □無　□有（□右　□左） |
| **立　位** | □自立　□一部介助　□全介助 | 起座位 | □可　□不可 |
| **精神状態** | **認知症** | □無　□有（□軽度　□中度　□重度） | 長谷川式 | /30点　令和　年　月　日実施 |
| 記憶 | □名前　□生年月日　□年齢　□食事 |
| 見当識 | □場所　□部屋　□日付　□人物 |
| **徘　徊** | □無　□有（□屋内　□屋外）（□日中　□夜間）問題行動　□無□有（　　　　　　　） |

状態確認書