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