

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 要介護(1・2・3・4・5)
携帯電話	-		

●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 (○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 () :	

状態確認書

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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			食事制限	
		形態	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥		<input type="checkbox"/> カリ- (Kcal) <input type="checkbox"/> 塩分 (g) <input type="checkbox"/>
			副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー		
		食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		嫌いな食べ物(禁食)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 嚥下補助剤(トロミ)				
	口腔	自歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)	
	排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> トイレ誘導 (<input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 失禁パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿パット			
			夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> トイレ誘導 (<input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 失禁パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿パット		
		尿意 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・頻度 ~ 回/日)				
		便意 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・頻度 ~ 回/日) ・下剤服用 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特別浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ・眠剤服用 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> 不可能				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや大きな声で <input type="checkbox"/> 大声で <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聾 <input type="checkbox"/> 補聴器 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) ・自己管理 (<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能)				
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字なら <input type="checkbox"/> 人の動きなら <input type="checkbox"/> 明暗程度				
金銭管理	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 不明	服薬管理		<input type="checkbox"/> 本人管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他		
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ほぼわかる <input type="checkbox"/> 時々わかる <input type="checkbox"/> 理解不能					
上肢	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
下肢	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		起座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
精神状態	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)		長谷川式	/30点 令和 年 月 日実施	
		記憶	<input type="checkbox"/> 名前 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 食事			
		見当識	<input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 部屋 <input type="checkbox"/> 日付 <input type="checkbox"/> 人物			
徘徊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外) (<input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜間) 問題行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					