

松本市城山介護老人保健施設 入所希望受付書

分かる範囲内でご記入ください。

※受付日(施設記入) 平成 年 月 日

フリガナ 希望者氏名	男・女 M・T・S 年 (月 日 才)	住所 〒	電話
主介護者 (続柄)	()	住所	電話(携帯等)
連絡先② (続柄)	()	住所	電話(携帯等)
入院・入所歴	施設・病院名	主な病歴(発症年月日)	現在の疾病(発症年月日)
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
主治医	医療機関名		
その他の医療機関 受診状況(頻度)			
介護保険情報	介護保険被保険者番号	要介護区分	1 2 3 4 5 認定中
		有効期限	平成 年 月 日
居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー	
ご希望者の身体状況について以下の該当するものに○を付けてください。分かる範囲で結構です。			
基 本 動 作	歩行：自立 介助すれば歩ける 歩くことはできない 歩行補助具： 杖 シルバーカー 歩行器 最近歩行で転倒したことは： ある ない 車椅子を自分で操作できますか： できる できない	食 事 の 状 況	食事動作： 自立 少し介助すれば食べられる 全て介助により食べられる 経管栄養 胃ろう 食事形態：(主食) 米飯 粥 パースト パン (副食) 常菜 刻み パースト
	現在の歩行・移動状況 (施設や家庭での様子をお書きください)		現在の摂食状況(施設や家庭での様子をお書きください)
	立位保持： 自立 何かにつかまればできる できない 立上がり： 自立 何かにつかまればできる できない 寝るときの生活様式： ベッド 畳 麻痺： なし あり(左・右) 上肢 下肢 拘縮： なし あり		むせ・誤嚥： なし あり(状況と対応) 嗜好(好き嫌い)：なし あり(嫌いなもの) 食事療法：なし あり(具体的な対応・加り制限など)
入 浴 の 状 況	入浴動作： 歩いて入れる 寝たままでの入浴 洗身： 自立 介助が必要 洗髪： 自立 介助が必要	更 衣 の 状 況	更衣動作： 自分でできる 介助をすればできる 全て介助が必要
	現在の入浴状況 (施設や家庭での様子・入浴方法等あればお書きください)		更衣の状況(施設や家庭での様子ズボンの上げ下げや衣類の着脱などをお書きください。)

※裏面もご記入ください。

排泄の状況	排泄状況：トイレ（昼・夜） ポータブル（昼・夜） オムツ類使用していない オムツ（昼・夜） 尿取りパットのみ リハビリパンツ（昼・夜） 排泄動作：自分でできる 自分でできない 施設・家庭での状況（どの様に行っているか？手伝いが必要 なところ）などお書きください。	精神状況（当てはまる項目に○をつけてください） ・意思の疎通がはかれない ・意思の疎通が一時的 ・同じことを言う ・作り話をする ・興奮しやすい ・実在しない物が見えたり、声が聞こえたりする ・大声や奇声をあげる ・怒鳴ったり、暴力を振るう ・目的なくベッドから降りる ・目的なく車椅子から急に立ち上がる ・うつ状態 ・歩き回る ・物を集めるくせがある ・不安が強く人を呼ぶことが多い ・夜眠れない ・トイレ以外での放尿 ・食品以外の物を口に入れる 施設や家庭での様子（どの様な行動が目立つかなど） をお書きください。
	その他の身体状況 視力： 普通 見えにくい 眼鏡使用： なし あり 聴力： 普通 聞こえにくい 補聴器：なし あり 皮膚の状態：褥瘡（なし あり） 服薬管理：自分でできる 家人（介護スタッフ）が対応	

*現在の介護状況
*今回の入所利用申込みの目的（入所の希望利用期間など）
*今後の方向性（どうされていきたいのかなど）
*他施設への利用申込み状況（申込みや相談されている施設がありましたらその施設名などお書きください）
*その他ご要望などありましたお書きください

記入年月日 年 月 日

記載者氏名 _____（続柄 _____）

※ お書きくださいましたらお手数ですが、下記までご郵送ください。

◆ご郵送先◆

〒390-0861 松本市蟻ヶ崎2132番地
松本市城山介護老人保健施設

支援相談員 つぐだ 佃 ・ はせがわ 長谷川