

横浜市総合保健医療センター 施設サービス申込書

「介護老人保健施設（しらさぎ苑）」「介護療養型医療施設（診療所）」

【記入日：平成 年 月 日】

申込者	フリガナ 氏名			入所希望者との続柄		
	住所	〒 【電話番号：】				
	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話（ ） <input type="checkbox"/> 勤務先等（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
入所希望者	フリガナ 氏名	(男・女)	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)		
	住所	〒 【電話番号：】				
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 平成 年 月 日～平成 年 月 日				
	申込棟	介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 認知症専門棟 ※個室の申し込みはできません。	介護療養型医療施設（診療所） <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室（4人部屋） ※個室は有料となります。			
入所を希望する理由						
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している（主な介護者： ） <input type="checkbox"/> 病院に入院中（ 年 月 日～病院名： ） 【病名・理由：】 <input type="checkbox"/> 施設に入所中（ 年 月 日～施設名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅で生活（主な介護者： ） <input type="checkbox"/> 他の施設を希望（ ） <input type="checkbox"/> わからない（理由： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
家族状況 ※同居・別居にかかわらずご記入ください。	氏名	(年齢)	続柄	同居の有無(市・区)	職業	特記事項
		()		同居・別居()		
		()		同居・別居()		
		()		同居・別居()		
		()		同居・別居()		
		()		同居・別居()		

現在の病名 (時期)		今までにか かった病気 (年齢)	<ul style="list-style-type: none"> • (才) • (才) • (才) • (才) 	
かかりつけ 医療機関				
申し込み に至るまでの 経過				
在宅での サービス	居宅介護支援事業者名：			
	ケアマネージャー氏名：			
	訪問看護	回/週	訪問リハビリテーション	回/週
	往診	回/月	通所介護(デイサービス)	回/週
	訪問介護(ヘルパー)	回/週	通所リハビリテーション(デイケア)	回/週
訪問入浴	回/週	短期入所(ショートステイ)	日/月	
他施設の 申込状況	特別養護老人ホームの申し込み <input type="checkbox"/> あり(施設名： _____) <input type="checkbox"/> なし 他の介護老人保健施設の申し込み <input type="checkbox"/> あり(施設名： _____) <input type="checkbox"/> なし			
入所中の家族のかかわり方	面会や外泊・外出などの予定			
在宅介護に対する意向 や希望など	本人			
	家族			
リハビリテーションに対する期 待や希望など	本人			
	家族			
食事や栄養に対する意 向や希望など	本人			
	家族			
介護者の状況	主な介護者	健康状態		
		就労の有無など		

本人氏名 _____：記入者氏名 _____（続柄または所属・職種：_____）

項目	状態			備考
食事	自立	一部介助	全介助	形態：主食（ご飯・粥・ミキサー） 副食（普通・一口大・ミジン・ミキサー） むせ込み（有・無） 食欲（有・無 割） 治療食・禁止食（ ） 使用具（はし・スプーン・その他 ） 経管栄養（胃ろう・経鼻・その他 ）
排泄	日中		自立 一部介助 全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 おむつ（おむつ・紙パンツ・尿取りパット）
	夜間		自立 一部介助 全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 おむつ（おむつ・紙パンツ・尿取りパット）
	バルカテール（有・無） スマ（有・無） 失禁（有・無【尿・便】） 尿意（有・無） 便意（有・無）			
坐位		①可 ②つかまれば可 ③一部介助 ④全介助 ⑤不可		
立位		①自立 ②つかまれば可 ③一部介助 ④全介助 ④不可		
移動	歩行	①自立 ②見守り ③介助：補助具（杖・歩行器・装具・手びき） ④不可 ※転倒（よく転倒する・たまに転倒する・転倒しない）		
	車椅子	①自立 ②見守り ③一部介助 ④全介助 ⑤不可 ※車椅子のタイプ（標準型・リクライニング・その他 ）		
	移乗	（トイレ⇄車椅子・車椅子⇄ベッドなど） ①自立 ②一部介助 ③全介助（ ）人介助		
入浴		①自立 ②一部介助 ③全介助（一般浴・機械浴【座る・寝る】・その他 ）		
更衣		【上衣】①自立 ②一部介助 ③全介助 【下衣】①自立 ②一部介助 ③全介助		
その他	睡眠	□普通 □眠れないことが多い □不眠 □睡眠薬を使用		
	視力	□見える □見えにくい（□眼鏡を使用） □見えない（□右 □左）		
	聴力	□聴こえる □聴こえにくい（□補聴器を使用） □聴こえない		
	言語	□話せる □話せるが聞き取りにくい □話せない		
	飲酒	□飲まない □飲む		
	喫煙	□吸わない □吸う		
	了解度	□了解できる □あまり了解できない □了解できない		
認知症・精神 の状態	□何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。			
	□日常生活に支障があるような状態がみられるが、誰かが注意していれば自立できる。			
	□日常生活に支障があるような状態がみられ、介護を必要とする。			
	□日常生活に支障があるような状態が頻繁にみられ、常に介護を必要とする。			
	□著しい精神症状がみられ、専門医療を必要とする。			
認知症の有無 (有・無・不明)	（徘徊・帰宅願望・介護拒否・大声・奇声・妄想・幻覚・暴力・暴言・不潔行為・昼夜逆転・性的行為・異食・盗食・収集行為・その他：具体的に _____）			
医療処置について	□在宅酸素（ _____ 1/分） □吸引（ _____ 回/日） □インシュリン注射（ _____ 回/日）【血糖チェック 不要・要（ _____ 回/日）】 □じょく瘡（部位 _____ 大きさ _____） □感染症（□MRSA【部位：痰・その他 _____】 □その他 _____）			
医療的処置 (有・無)				