

介護老人保健施設そよ風の里 入居申込書

※病状及び服薬状況のご確認のため、「診療情報提供書」と「服薬情報」を添付願います。

氏名	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女
				年 月 日(歳)		
住所	〒 _____ 電話 () - _____					

老健入居目的:

【 _____ 】

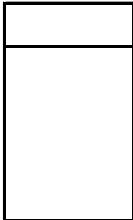
緊急連絡先	氏名	関係	連絡先
			〒 _____ 電話 _____
			〒 _____ 電話 _____
			〒 _____ 電話 _____
生育歴・ 職歴など	年月日	主な出来事	
ご本人の 状況	《サービスの利用状況》		
	《在宅での状況》		
	《趣味》		
	《特技》 (間食: 有・無)(喫煙: 有・無)(飲酒: 有・無)		
ご本人・ ご家族の 希望・要望			

項目	評 価		備 考
食 事	摂取状況	経口・経管（鼻腔・胃ろう・腸ろう）	身長： 体重： 麻痺の有無：有・無 (麻痺側：) (メガネ：) (補聴器：)
	動作	自立・見守り・一部介助・全介助	
	主食	米飯・粥・カッター等	
	副食	常菜・刻み・カッター等	
	飲食	むせ込み(無・有) トロミ(無・有)	
	食事量	多い・普通・少ない	
	飲物	牛乳・お茶・ヤクルト・その他	
	飲水	むせ込み(無し・有り) トロミ(無し・有り)	
	水分量		
	カロリー		
	使用具	箸・スプーン・フォーク・その他	
その他	サクシヨンの使用 無し・有り		
服 薬	自立・見守り・一部介助・全介助 (声掛け・配薬・服薬介助・服薬管理(カートン))		最近の転倒(無し・有り)
	薬の管理	本人・家族・その他	
	薬飲み忘れ(無し・有り)		
歩 行	屋内	独歩・杖・歩行器・車椅子	座位(可・不可)
	屋外	独歩・杖・歩行器・車椅子	
	補装具(SLB-A・SLB-F)		
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助	
	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	
	立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助	
寝返り	自立・一部介助・全介助		
排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助		
	方 法	【日中】トイレ・PTイレ・おむつ・カテーテル	
		【夜間】トイレ・PTイレ・おむつ・カテーテル	
	尿器(尿瓶・安楽尿器)		
	夜間のトイレ回数(回くらい)		
	使用品	紙おむつ・尿取りパット・紙パンツ	
	尿意	あり・なし・不明	
	便意	あり・なし・不明	
	失禁	あり・時々あり・なし	
	排尿	1日の排尿数 回程度	
排 便	自然・下剤・座剤・GE浣腸		
	排便間隔(1回/ 日)		
便秘時の対応			
入 浴	自立・見守り・一部介助・全介助		
	浴槽	一般浴槽・チェア浴・機械浴	
	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助	
	入浴好き・普通・嫌い 理由		
更 衣	自立・要声掛け・一部介助・全介助		普通・暑がり・寒がり
	上衣	自立・要声掛け・一部介助・全介助	
	下衣	自立・要声掛け・一部介助・全介助	

ADL状況等

※該当箇所には○印願います。

3枚目/4枚のうち

整 容	洗面	自立・要声掛け・一部介助・全介助	視力・聴力
	口腔	自立・要声掛け・一部介助・全介助	
		入れ歯 無し・有り(上・下・全て)	
入れ歯の洗浄			
行 動	言語	可能・一部可能・失語有り・不可	
	意思伝達	可能・一部可能・不可	
	金銭管理	自立・一部可能・不可・していない	
		本人・家族・病院/施設管理	
	徘徊	ない・時々ある・ある	
	指示理解	可能・一部可能・出来ない	
	感情不安定	ない・時々ある・ある	
	暴言・暴行	ない・時々ある・ある	
	問題行動	ない・時々ある・ある	
認知症の有・無			
夜 間	睡眠	よく眠れる・時々眠れない・不眠	
	起床時間() 就寝時間()		
	眠剤	なし・時々あり・有り	
	昼夜逆転	ない・時々ある・ある	
	寝床	電動ベッド・ベッド・低床・布団	
安全対策	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center; margin-right: 20px;"> <p>(頭)</p>  </div> <div> <p>ベッド柵の状況(位置)</p> <p>移乗方向</p> <p>車椅子の位置</p> <p>センサーマット・床マット等</p> <p>コール使用(可・不可)</p> </div> </div>		
その他	<p>要介護度:</p> <p>認定期間:</p> <p>担当ケアマネ:</p> <p>障害程度区分:</p> <p>身体障害者手帳:</p> <p>支援機関:</p>		

医療情報	傷病名	・		
		・		
		・		
		・		
		・		
	既往歴:			
	バイタルサイン平均状況		体温:	血圧:
	本人の特異行動:			
→その行動への対応方法:				
普段の痛みや不調の訴え (良くある・時々・無し)				
→具体的にどんな訴え:				
内服状況:				
自己管理可能・施設管理必要				
薬情:(なし・あり)		アレルギー(有・無)		
定期受診:(なし・あり) 週(回)		食品・薬品		
受診先:				
主治医:				