

介護老人保健施設「草笛の里」利用申込書

申込日 令和 年 月 日

現在の状況 ☐ 自宅 ☐ 上牧温泉病院 ☐ 病院() ☐ その他()			
利用者氏名 (ふりがな)	男 女	住所 〒 電話 — —	
生年月日	大・昭	年	月 日 歳
介護度	☐ 申請中 ☐ 要支援	1 2	☐ 要介護 1 2 3 4 5 ☐ 区変中
介護保険負担限度額 ☐ 申請予定 ☐ 非該当 ☐ 生活保護 (担当者 :) ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階① ☐ 第3段階② ☐ 第4段階			
ケアマネジャー 事業所 :		担当者 :	
申請者氏名 (ふりがな)	続柄	住所 〒 電話 — —	
利用内容 ☐ 一般入所 (3ヶ月) ☐ ショートステイ (短期入所療養介護)			
利用希望期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
希望部屋 ☐ 1人部屋 ☐ 2人部屋 ☐ 4人部屋			
理由 ()			
希望理由 (最も当てはまる□に✓を付けて下さい。複数可) ☐ 病後の療養 ☐ 認知症にて介護が難しい ☐ 日常生活動作の改善・リハビリ ☐ 家族や家庭の事情で介護が困難 ☐ 慢性疾患の療養の繰り返し ☐ 独り暮らしが不安 ☐ その他 ()			
連絡先			
①	氏名 (ふりがな) ☐ 申請者と同じ	続柄	住所 〒 電話 — —
②	氏名 (ふりがな) ☐ 申請者と同じ	続柄	住所 〒 電話 — —
草笛の里を退所後の生活 ☐ 自宅で介護 ☐ 家族の家で介護 ☐ 自宅で独り暮らし ☐ 老人保健施設・ケアハウス・グループホーム等 (☐ 申請済 ☐ 未申請 ☐ 申請予定) [施設名 :] ☐ 特別養護老人ホーム (☐ 申請済 ☐ 未申請 ☐ 申請予定) [施設名 :] ☐ 未定 ☐ その他 ()			

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	本人の様子					
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用 ☐ 麻痺（ ）					
移乗	☐	☐	☐	☐	床からの立ち上がり（可 ・ 不可 ☐ その他（ ）					
排泄	☐	☐	☐	☐	場所： ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ（ ☐ 紙パンツ ☐ パット ☐ オムツ）					
食事 （摂取量割）	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 経管栄養（ ☐ 胃瘻 ☐ 経鼻経管 ☐ 点滴・CV ） ☐ 禁食					
	☐	☐	☐	☐	☐ 治療食（ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他 ）					
	☐	☐	☐	☐	主食： ☐ 常食 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ ペースト （摂取量 割）					
	☐	☐	☐	☐	副食： ☐ 通常 ☐ 軟菜 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー ☐ ペースト					
	☐	☐	☐	☐	水分摂取量：1日 ml とろみ剤使用： ☐ あり（ ） ☐ なし					
					食物アレルギー		☐ 無 ☐ 有（ ）			
					禁止食品		☐ 無 ☐ 有（ ）			
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	☐ 義歯（ ☐ 総義歯 ☐ 部分 ）					
入浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限： ☐ 無 ☐ 有〔 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他（ ）〕					
更衣	☐	☐	☐	☐						
服薬管理	☐	☐	☐	☐	☐ 薬情参照 処方薬 ☐ なし	薬物アレルギーの有無		☐ 無 ☐ 有 有の場合の内容		
生活上の問題	☐ 無	☐ 有		{ ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ ミトン ☐ その他（ ）						
医療状況	☐ 無	☐ 有		{ ☐ 胃瘻 ☐ 在宅酸素（ l） ☐ 尿留置カテーテル ☐ インシュリン（ ） ☐ 気管切開 ☐ ストマ ☐ ペースメーカー ☐ 褥瘡（部位： ） ☐ 喀痰吸引（頻度： ） ☐ その他（ ）						
定期注射	☐ 無	☐ 有		{ ☐ リュープリン ☐ 骨粗鬆症 ☐ その他（ ） } 【次回】 年 月 日						
家族への介護指導	☐ 無	☐ 有		{ ・指導した内容（ ） ・理解の状況 ☐ 充分 ☐ 不十分（問題点： ）						
感染症（保菌）	☐ 無	☐ 有		{ ☐ HBV ☐ HCV ☐ その他（ ） ☐ 不明 ☐ MRSA〔検出部位： ☐ 咽頭 ☐ 鼻腔 ☐ 褥瘡 ☐ その他（ ）〕						
その他連絡事項										