

デイサービス雷鳥・訪問 利用申し込み

年 月 日

担当事業所		担当ケアマネージャー		
TEL		FAX		
氏名		男・女		
		M.T.S 年 月 日 歳		
住所				
電話 ( )				
介護保険認定		介護度 (要介護・要支援)		
無・有 ( )				
現病歴: (発症日・入退院・病院名・特筆すべき症状や治療)				
退院日 ( )				
主治医		病院 医師		
既往歴	疾患名	年齢	治療中の場合、病院名	
家族構成		キーパーソン: ( )		
	氏名	年齢	続柄	健康 職業
集合住宅 ( 階、エレベーター 有・無 ) 階段段差 有・無				
一戸建て 玄関～送迎者までの段差 有・無				
他の利用サービス				
施設名		利用曜日		
活動・ADL	運動麻痺: 無・有 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢) 移動: 独歩・杖・歩行器・車椅子 (自立・見守り・要介助) 装具使用 (有・無) 食事: 自立・部分介助・全介助 排泄: 自立・部分介助 (移乗・下着の着脱・後処理)・全介助 整容: 自立・声かけ・部分介助・全介助 歯みがき (自立・介助・確認)			
食事	食事制限・治療食: 無・有 ( ) 禁止食品、食品アレルギー: 無・有 ( ) 摂取方法: 経口・経管栄養 ( ) えん下障害: 無・有			
排泄	オムツ、パットの使用 有・無 排尿: 回/日 (夜間 回) 失禁 (無・時々・有) 誘導 (要・不要) カテーテル留置・自己導尿 (自立・介助) 排便: 回/ ( ) 日 便失禁 (無・時々・有) 下剤の使用 無・有 (錠剤・座薬・浣腸・水薬)			
入浴	自宅・訪問入浴サービス・ショート・デイサービス・当院希望			
皮膚	じよく創: 無・有 (いつから 部位 ) 処置 ( ) 湿疹・掻み: 無・有 (いつから 部位 ) 外傷・アザ等: 無・有 (いつから 部位 )			
コミュニケーション	言語障害 : 無・有 (人の話していることは理解できる ・できない 理解できるが言葉が出ない・筆談・その他) 認知症 : 無・有 問題行動: 無・有 (徘徊・不穏・夜間せん妄・幻覚幻聴・被害妄想・暴言暴力・性的行為・その他)			
	高次脳機能障害 無・有			
	希望利用日 月・火・水・木・金・土 希望利用回数 ( 回 )			
家屋状況	その他 特記事項			