あいぜん苑利用申込書

あいぜん苑　施設長　様

令和　　年　　月　　日

次の通り申し込みます。

利用項目	1.入所　2.短期入所（　　月　　日～　　月　　日）
フリガナ	
利用希望者氏名	㊞　（男・女）
生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）
利用希望者住所	〒　　－ TEL　　（　　）
利用目的	1.介護困難　2.リハビリ希望　3.独居生活困難 4.介護者不在　5.その他（　　）
介護保険証の番号	
要介護認定申請状況	申請済(初回/　　回目)・申請中(　　月　　日)・未申請
要介護認定結果	経過的要介護　要介護1　要介護2　要介護3　要介護4　要介護5
有効期間	平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日
医療保険加入状況	
身体障害者手帳	有・無 1.等　級：　　種　　級 2.交付日：　　年　　月　　日 3.障害名：
年金の種類	
フリガナ	
申込手続者氏名	㊞　（続柄　　）
申込手続者住所	〒　　－ TEL　　（　　）
緊急時連絡先	①氏名 続柄（　　）　TEL　　（　　） ②氏名 続柄（　　）　TEL　　（　　）

日常生活活動調査票

記入日　　年　　月　　日

利用希望者氏名（　　）

当てはまるものにマルをして下さい。

食　事

動　　作	1. 自立 2. 介助（・セッティングのみ　・口元まで介助） 3. 経管食（・鼻腔栄養　・胃ろう）（　　年　　月頃から）
食事内容	主食　1. 米飯　2.軟飯　3. 粥 副食　1. 常菜　2. 軟菜　3. 刻み食　4. ミキサー食 食事制限　1. 無い　2. 有る　・加ﾘｰ制限　Ｋｃａｌ/日 ・塩分制限　ｇ/日 ・その他
のみこみ	1. 良い　2. 時々むせる事がある　3. 悪い
使用するもの	1. はし　2. スプーン　3. フォーク　4. 食事用エプロン 5. とろみアップ　6. 滑り止めマット　7. 吸い飲み 8. その他（　　）
好き嫌い	1. 無い　2. 有る（　　）
禁止食品	1. 無い　2. 有る（　　）
入れ歯	1. 無い　2. 有る（・上・下・具合良い・具合悪い・使用せず）

排　泄

尿　　意	1. ある　2. 時々有る　3. 無い
便　　意	1. ある　2. 時々有る　3. 無い
動　　作	1. 自立 2. 一部介助　※介助が必要なものにマルをして下さい （・トイレまで誘導する　・便座への乗り移り ・お尻を拭く　・ズボンや下着の上げ下し ・その他（　　）） 3. 全介助 4. カテーテル（　　年　　月頃から）
使用しているもの	1. 自立パンツ　・常時　・夜のみ 2. オムツ　・常時　・夜のみ 3. 尿取りパット　・常時　・夜のみ 4. ポータブルトイレ　・常時　・夜のみ 5. 尿器　・常時　・夜のみ 6. その他(　　)　・常時　・夜のみ
夜間トイレ覚醒	1. 無い　2. 時々有る　3.毎日有る（　　回/晩）
便　　秘	1. 無い　2. 有る（下剤を服用している・していない）
失　　禁	1. 無い　2. 時々有る　3.有る

起居・移動

歩　　行	1. 歩ける(・ 自立　・ 杖　・ つかまり歩き　・ シルバーカー　・ 歩行器) 2. 歩けない
車椅子	1. 使用していない 2. 使用している　・ 操作や乗り移りが自立している ・ 乗り移りに介助が必要 ・ 押すことに介助が必要 ・ 個人持ちの車椅子を所有している ・ 個人持ちの車椅子を所有していない
立位保持	1. 自立　2. つかまればできる　3. 腰を支えればできる　4. できない
座位保持	1. 自立　2. 背もたれがあればできる　3. 短時間はできる　4. できない
寝返り	1. 自立　2. つかまればできる　3. 一部介助すればできる　4. できない

入　浴

1. 自立
2. 一部介助　（ ・ 浴槽の出入り　・ 洗身　・ 洗髪 ）
3. 全介助　（ ・ 特別浴　・ 清拭のみ ）

更　衣

1. 自立
2. 一部介助　（ ・ 衣類の準備　・ 袖を通す　・ 頭を通す　・ 靴下を履く　・ ズボンやパンツを履く　・ ボタンのかけはずし ）
   ※介助が必要なものにマルをして下さい
3. 全介助

身だしなみを整える

洗面	1. 自立　2. 一部介助(タオルを持たせる)　3. 全介助
歯磨き 入れ歯の手入れ	1. 自立　2. 一部介助(歯磨き粉をつけて歯ブラシを持たせる) 3. 全介助
整髪	1. 自立　2. 一部介助(ブラシを持たせる)　3. 全介助
爪切り	1. 自立　2. 一部介助(手の爪は切れる)　3. 全介助
ひげそり	1. 自立　2. 一部介助(電気かみそりを持たせる)　3. 全介助

視　力

1. 見える（左・右）2.見えにくい（左・右）3.見えない（左・右）
メガネ（ 無 ・ 有 ）〔・現在使用中　・使用せず〕【・見え具合良い ・ 悪い】

聴　力

1. 聞こえる（左・右）2.聞こえにくい（左・右）3.聞こえない（左・右）
補聴器（ 無 ・ 有 ）〔・現在使用中　・使用せず〕

会　話

1.できる　2.筆談、文字盤使用でできる　3.言われた事は理解できる
4.簡単な内容なら理解できるが時々かみあわない。　5.できない

1. 無い　2. 有る(・内科 ・外科 ・整形外科 ・眼科 ・耳鼻咽喉科 ・皮膚科 ・歯科 ・精神科 ・泌尿器科 ・婦人科 ・その他：　　)

リハビリの希望　（複数可）

１. 歩行訓練　２. 基本動作（寝返り、起き上がり、車椅子やトイレ便座への移り替わる）
４. 食事、着替え、排泄などの生活動作　５. 痛みの軽減　６. 手、指の訓練
７. 寝たきり予防　８. 体力の維持、増進　９. 認知症に対しての軽減
その他リハビリへの希望

（　　）

精神状態

認知症	１. 無い　２. 有る（　軽度　　中等度　　重度　）
問題行動	１. 無い　２. 有る（・被害妄想 ・徘徊 ・不潔行為 ・暴言 ・暴力 ・帰宅要求 ・昼夜逆転 ・幻覚 ・幻聴 ・ふさぎこむ ・収集癖 ・異食 ・失見当 ・ぜん妄 ・その他：）

生活歴

１. 若い頃の職業：
２. 酒　　本/日　　３. 煙草　　本/日　　４. 宗教：
５.性格：（・温厚 ・明朗 ・我慢強い ・几帳面 ・おとなしい ・頑固 ・短気 ・神経質 ・社交的 ・内向的 ・わがまま ・無口 ・おしゃべり好き）
６.趣味・特技　（　　）
７.興味を持っている事（　　）
８.現在の生活習慣
・起床時間　　時　　分頃　　・特に決まっていない
・就寝時間　　時　　分頃　　・特に決まっていない
・朝食　　時　　分頃　　・特に決まっていない
・昼食　　時　　分頃　　・特に決まっていない
・夕食　　時　　分頃　　・特に決まっていない
９.昔からの習慣　（　　）
１０. 日中、主に何をして過ごしていますか。

診断書作成以外の受診

１. 無い　　２. 有る（・内科 ・外科 ・整形外科 ・眼科 ・耳鼻咽喉科 ・皮膚科 ・歯科 ・精神科 ・泌尿器科 ・婦人科 ・その他：　　）

今後の希望（どこでどのように生活したいか。施設に期待するサービスなど）

本人の希望：

家族の希望：

家族構成

1.同居家族（利用希望者本人は除いて下さい。）

氏　　名	続柄	年齢	職　業	健　康　状　態

2.同居以外の家族

氏　　名	続柄	年齢	職　業	居住地	死亡の場合○

3.兄弟姉妹（わかる範囲で構いません）

氏　　名	続柄	年齢	居　住　地		死亡の場合○

4.過去の入院・手術歴はありますか。

5.主治医より普段から注意されていること等、ありますか。

6.今まで利用した介護保険サービスは有りますか。

1.　有る　　2.　無い			
サービスの種類	事業所名	利用期間	利用頻度（週○回、月○回）