

機能訓練型デイサービスかいこう(体験申込書)

平成 年 月 日

対象部門に ☑して下さい	<input type="checkbox"/> デイサービスかいこう(3-5時間)	<input type="checkbox"/> デイサービスかいこう(5-7時間)
-----------------	--	--

居宅支援事業所: _____ TEL _____ FAX _____
 担当ケアマネージャー: _____

利用希望者氏名:	(フリガナ)		
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生 (歳)	男・女
住所	〒	電話番号	
		携帯番号	
連絡先者氏名	電話番号		
本人との関係()	携帯番号		
面接・体験希望日	平成 年 月 日(曜日)	時間	(:)
生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居
減額認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
身体手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級)	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		その他	

介護保険	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 申請中 保険者() 有効期間(平成 年 月 日~平成 年 月 日)
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 護送) 注意事項()
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット 注意事項()
食事	摂取状況: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃ろう 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> ミキサー 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー 用具: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン 義歯: <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 部分義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総義歯(上・下) <input type="checkbox"/> 義歯が合わず使用していない 嚥下: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 咀嚼困難 <input type="checkbox"/> 嚥下困難 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> トロミ 注意事項()
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 見えない(右・左) 眼鏡等の使用(有・無)
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 聴こえない(右・左) 補聴器等の使用(有・無)
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 不能
送迎時	留意事項: 有・無 (有の場合は具体的な注意点)
既往歴 疾患名	高血圧・狭心症・心筋梗塞・パーキンソン(症候群)・脳血管性認知症・アルツハイマー認知症・脳梗塞後遺症・脳出血後遺症・糖尿病前立腺肥大症・変形性膝関節症・骨粗鬆症・腰部脊柱管狭窄症・逆流性食道炎・高脂血症
入浴を希望	する ・ しない
機能訓練を希望	する ・ しない
その他留意事項 医療、介護上の留意事項等	

健康情報依頼書(機能訓練型デイサービスかいこう)

下記の通り、利用希望者の健康情報を転記して提供いたします。

ふりがな		性別	生年月日		
利用者氏名		男・女	M・T・S	年	月 日生 ()歳
現住所	〒			電話番号	
身長・体重	身長	cm / 体重	kg	血圧	平常時血圧 / mmhg

主な傷病(現病)		発症時期	
①		M・T・S	年 月頃 / 不詳
②		M・T・S	年 月頃 / 不詳
③		M・T・S	年 月頃 / 不詳
既往歴		発症時期	
①		M・T・S	年 月頃 / 不詳
②		M・T・S	年 月頃 / 不詳
③		M・T・S	年 月頃 / 不詳

○現病歴 (障害の直接の原因となっている疾患や、最近の経過(直近の入退院日など)につきましては、詳細にご記入ください)

○感染性疾患の有無 (介護サービスを利用するうえで考慮すべき感染性疾患があればご記入下さい。)

○運動機能障害 (部位及び障害の程度、リハビリにおける注意点等)

行動心理 症状	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (軽度・中度・重度)		
	周辺病状の内容	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> その他 ()		
日常生活 自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
食事制限	<input type="checkbox"/> 水分制限 (ml/1日) <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> その他 ()			
疾病関係	○疼痛の自覚症状 ある(部位:)・時々ある(部位:)・ない			
	○麻痺 ある(部位:)・ない <input type="checkbox"/> 拘縮 ある(部位:)・ない			
	○褥瘡 ある(部位:)・ない <input type="checkbox"/> 浮腫 ある(部位:)・ない			
○その他特記事項				

※尿検査・血液検査に関しては、直近の検査データ(コピー可)を添付してください。

※お薬に関しては、医療機関からの情報(おくすり手帳・説明書等)のコピーを添付して下さい。

居宅支援事業所名		かかりつけ医	
所在地		所在地	
電話番号		電話番号	
担当ケアマネージャー		主治医	