

ショート新規申込情報提供表

介護老人福祉施設 けんちの里

申込日： 年 月 日

事業所名				ご担当者				
住所				電話番号				
フリガナ				大正				
氏名	生年月日			昭和	年	月	日 (歳)	
住所	〒			電話番号				
介護度	要支援 1・2			要介護度 1・2・3・4・5				
被保険者番号				保険者			保険者番号	
負担割合	1割・2割・3割	生活保護	有・無	負担限度額	第1段階・第2段階・第3段階①・② 第4段階			
家族構成図				【緊急連絡先】				
				①	様	TEL	続柄:	
				②	様	TEL	続柄:	
疾病	【現病名】			【既往歴】				
かかり付け医	【病院名】		【診療科目】		【電話番号】			
			科		番号:			
			科		番号:			
使用薬品	与薬状況 a 自己管理 b 家族等管理			身長: cm 体重: kg				
	薬品名・種類等							

感染症等の状況		感染症 有 () 無 ()	アレルギー 有 () 無 ()
身体状況	顔色 (良・普通・不良)	浮腫 有 () 無 ()	
	皮膚状態 ()	褥瘡部位 有 () 無 ()	
	栄養状態 (良・普通・不良)	睡眠 (良眠 不眠 眠剤使用)	
	排便 (回 日)		
平常バイタル		KT	℃ BP mmHg P /min 不整 ()
視力	視力 (見える 日常生活に支障がないが見えづらい 見えない)		
	眼鏡 (有 無) その他 ()		
聴力	聴力 (聞こえる 聞き難い 聞こえない)		
	補聴器 有 () 無 ()		
言語障害	有 () 無 () 発語内容理解 (可・やや可・不可)		
肢体麻痺	有 () 無 ()		
食事	種類	主食 (普通 / 粥 / ペースト) 副食 (普通 / 一口大 / 刻み / ペースト)	
	嚥下障害	有 () / トロミ使用 () 無 ()	
	摂取方法	自力で可 (箸 / スプーン / フォーク) 一部介助 全介助	
	口腔ケア方法	(自力 / 一部介助 / 全介助) 使用物品 (歯ブラシ / 清拭 / うがいのみ)	
	義歯	有 () 無 () (自歯 / 有 無)	
移動	A 自力可	(独歩 / 伝い歩き / 杖 / 這う / 車椅子 / 歩行器)	
	B 一部介助	(見守り歩行 / 介助歩行 / 車椅子)	
	C 全面介助	(車椅子 / リクライニングチェア / ストレッチャー)	
	本人所有装具	(杖 / 歩行器 / 車椅子 / リクライニングチェア) 無 ()	
	その他配慮すべき所	(有 / 無)	
移乗	A 自力可・見守り	(要 / 不要) センサーマット (有 / 無)	
	B 一部介助	Pバー・Rバーの使用状況 (有 / 無) 立位 (可 / 不可)	
	C 全面介助		
	入所前の生活	(ベッド / 畳) ベッド柵の使用状況 ()	
排泄	A トイレ (自立 / 介助)	B ポータブルトイレ (自立 / 介助) C 尿器	
	D 安心パンツ	E 尿取パット F おむつ 尿意 (有 / 無) 便意 (有 / 無)	
	失禁 (有 / 無)	配意事項 (自力 / 誘導 / 一部介助 / 全面介助 / 定時声かけ)	
	夜間のトイレの回数	()	
洗面	A 自力可	B 一部介助 () C 全面介助	
入浴	A 一般浴	B リフト浴 C 機械浴	
	自力	見守り 一部介助 全面介助 配意事項 ()	
着脱	A 自力可	B 一部介助 () C 全面介助	
理解力	A 普通に理解できる	B 簡単な内容なら理解できる	
	C 反応するが理解できない	D 全く理解できない	
意思表示	A できる	B 基本的事項(食事 排泄)ならできる	
	C 理解しにくい	D 全くできない	
精神状況	認知症	A ある B 疑いあり C ない	
	原因	A アルツハイマー B 脳血管性障害 C 老人性	
	記憶障害	A 年齢相応の物忘れ B 物忘れや置き忘れが特に目立つ C 最近の出来事がわからない D 自分の家や家族の名前がわからない	
	失見当	A 不慣れた所ではどこに居るのか時々分からなくなる B 慣れた状況でも場所を間違えたり道に迷う C 自分がどこに居るのかわからない	
	会話	A 疎通可 B 疎通不可 ()	
	問題行動	有 / 無 A 作話 B 不潔行為 C 大声・奇声 D 異食 E 徘徊 F 暴力 G 昼夜逆転 H 妄想 I 収集癖 J 幻覚・幻聴 K せん妄 L その他(介護拒否あり)	
【備考】			
.....			
.....			
.....			