

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)			男・女		
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	有・無 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・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 °C 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 ()	
食 事	種類 主食 (普通 / 粥 / ペースト) 副食 (普通 / 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 (監視歩行 / 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 () 安全ベルトの使用 (有 / 無)	
移 乗	A 自力可・監視 (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) 配慮事項 (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 新館機械浴(座位式) D 本館機械浴(臥床式)	
	配慮事項 (自力 監視 一部介助 () 全面介助 ())	
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】		
.....		
.....		
.....		