

利用者申込書

介護老人保健施設
エスポワール和泉施設長殿

西暦 20 年 月 日

紹介先：行政・病院施設・居宅介護支援事業所（ ）担当：（ ）・訪問看護・その他

介護認定度：要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 申請中

利用者	フリガナ						男女	明	大	昭	年 月 日生	歳
	氏名											
	住所	〒	-						電話			

相談者	氏名						続柄					
	住所						電話					
	勤務先名						電話					

利用希望	1. 入所 月程度												
	2. ショートステイ / ~ /												
	3. 通所リハビリテーション												
				月・火・水・木・金・土				送迎希望：有・無		入浴希望：有・無			
				計週		回							

利用理由	1. 身体的介護困難（移動・排泄・入浴・食事・着脱）											
	2. 認知症で介護困難（徘徊・不眠・不隠・不潔行為・幻覚・妄想）											
	3. その他											

現在の状況	1. 在宅生活中（同居・別居） かかりつけ医： 病院・医院										
	2. 入院中（ 病院 ）入院日 H / / ~ H / /										
	3. 入所（ ）入所日 H / / ~ H / /										
	病歴										

連絡先	氏名	続柄	年齢	住所	電話
	①				
	②				
	③				

夜間	①
----	---

退所後の方向性 在宅・特別養護老人ホーム・グループホーム・その他施設（ ）

ADL 状況調査票(

)様 介護度(

)

内容				
食事	形態	常食・粥()・刻み()・一口大・ペースト		
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク)・一部介助・全介助		
	制限	カロリー()・塩分() その他()		
	好き嫌い	好() 嫌() ※嫌いなものはどの程度の苦手さかも記入をお願い致します。		
	水分	とろみ(有・無) 他(ストロー使用等		
	問題・工夫			
排泄	方法	日中:自立トイレまで誘導・スポン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介護)・パット・オムツ 夜間:自立トイレまで誘導・スポン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介護)・パット・オムツ		
	尿意・便意の有無	有 無		
	1日の排泄回数	日中(回) 夜間(回)		
	便秘有無	有 無		
	夜間の対応	自立・定時の声掛け		
	問題・工夫			
清潔	方法	一般・特浴・他		
	洗身	自立・一部介護・全介護		
	洗髪	自立・一部介護・全介護		
	問題・工夫			
更衣	更衣	自立・一部介護・全介護		
	靴のかけはずし	自立・一部介護・全介護		
	スポンの上げ下ろし	自立・一部介護・全介護		
	靴下着脱	自立・一部介護・全介護		
	問題・工夫			
移動	歩行	自立歩行・杖歩行・歩行器・つたえ歩行・這う・車椅子		
	ふらつき	有・無 (転倒の危険性 有・無)		
	車椅子操作	自立・一部介護・全介護		
	立ち上がり	自立・一部介護・全介護		
	移乗	自立・一部介護・全介護		
	端座位保持	可能・不可		
	車椅子からの立ち上がりの危険性	有・無		
	立位保持	可能・不可 可能な場合おおよその時間()		
	問題・工夫			
身の回り	寝返り	自立・一部介助・全介助	義歯管理 整理整頓 爪きり 髭剃り 手洗い	自立・一部介助・全介助
	起き上がり	自立・一部介助・全介助		自立・一部介助・全介助
	歯磨き	自立・一部介助・全介助		自立・一部介助・全介助
	うがい	自立・一部介助・全介助		自立・一部介助・全介助
	洗顔	自立・一部介助・全介助		自立・一部介助・全介助
	耳の手入れ	自立・一部介助・全介助		自立・一部介助・全介助
	意思疎通	可能・不可		
問題行動	有・無			
視力・聴力	視力:() 聴力:()			
運動障害	有・無			
麻痺	有・無			
拘縮	有・無			