

ユニケア岡部長期入所 申込書

NO

申し込み 年 月 日

ご利用者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男 女	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和		
				年 月 日 (歳)		
住所	〒 電話番号 - -					
申込者	ふりがな			続柄		
	氏名				☐ 同居 ☐ 別居	
	住所	☐ 上記ご利用者住所と同じ 〒				
電話	自宅 携帯					
現在の状況	☐ 自宅 ☐ 病院入院中 病院名() 病名() ☐ 施設入所中 施設名()					
要介護度	☐ 申請中 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 日常生活自立度() 認知度()					
有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日		認定日	年 月 日		
保険者名			被保険者番号			
担当ケアマネージャー	事業所名 担当ケアマネ					
主治医	病院名 主治医 服薬 無 有()					
入所希望期間	☐ 病状が安定するまで (どのような状態)					
	☐ 身体機能が回復するまで (どのような状態)					
	☐ 介護する者の仕事が落ち着くまで (年 月頃まで)					
	☐ 施設で最期を迎えるまで					
	☐ その他					
入所目的	☐ リハビリ目的					
	☐ 介護する者が「高齢」、「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため					
	☐ 介護者が就労している事により十分な介護が困難なため					
	☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため					
	☐ 施設や病院等より退院を進められているが、自宅では受け入れが困難なため					
	☐ 病状等により医療面で自宅での生活がむりなため					
	☐ その他					
入所希望時期	☐ すぐに ☐ 希望予定 年 月頃 ☐ いずれ					

受付者

※ 施設記入欄 本人面接日 年 月 日 入所 可 不可
 介護老人保健施設 ユニケア岡部

家族構成	氏名	年齢	続柄	職業	関係図
	①				
	②				
	③				
	④				
既往歴	年月日	病名			備考
	年 月頃				
	年 月頃				
	年 月頃				
	年 月頃				
医療情報	☐ 経管栄養(☐ 胃瘻 ☐ 経鼻) ☐ 酸素療法 ☐ 点滴管理 ☐ インシュリン ☐ 気管支切開処置 ☐ 吸引(時間に1回) ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ 皮膚疾患()				

現在の状況をわかる範囲で、あてはまる項目に☑をしてください			
麻痺の有無	☐ なし ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他		
可動制限	☐ なし ☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ その他		
視力	☐ 正常 ☐ 問題あり()	身長	cmぐらい
聴力	☐ 正常 ☐ 問題あり()	体重	kgぐらい
発語	☐ 正常 ☐ 問題あり()	意志の疎通	☐ 可 ☐ ある程度可 ☐ 不可
移動	☐ 一人で歩ける ☐ 伝い歩き ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ リクライニング		
座る	☐ 長時間座れる ☐ _____分ぐらいなら座れる ☐ 座れない		
立つ	☐ 一人で立てる ☐ 掴まれば立てる ☐ 立てない		
立位保持	☐ 支えなしでできる ☐ 支えがあればできる ☐ できない		
寝返り	☐ 自分でできる ☐ 介助がいる		
食事		☐ 自分で食べられる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻	
	主食	☐ ご飯 ☐ おかゆ ☐ ミキサー ☐ その他	
	副食	☐ 普通のおかず ☐ 刻み ☐ ミキサー ☐ その他	
	備考		
排泄		☐ 自分でできる ☐ 一部介助(介助内容) ☐ 全介助	
	昼間	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 布パンツ ☐ 紙パンツ ☐ オムツ ☐ パット	
	夜間	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 布パンツ ☐ 紙パンツ ☐ オムツ ☐ パット	
	備考		
入浴	☐ 個浴 ☐ 機械浴		
睡眠	☐ 良く寝れる ☐ 夜は寝れない ☐ 昼間寝ている事が多い ☐ 睡眠薬がある		
問題行動	☐ すぐに興奮したり落ち着かなくなる ☐ 大声・独語がある ☐ 食べ物以外を口に運ぶ ☐ 幻覚・幻聴がある ☐ 家族の顔が分からない ☐ 不潔行為がある ☐ 室内外をウロウロと動き回る ☐ 収集癖がある ☐ 昼夜逆転がある ☐ その他		
備考			