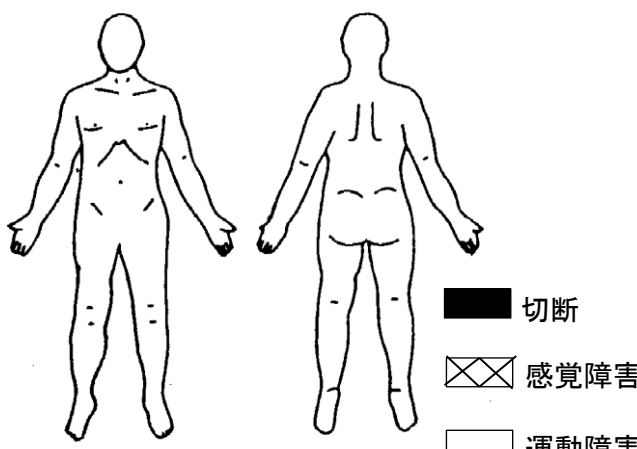


利用申込書

介護老人保健施設 イルアカーサ 通所リハビリテーション

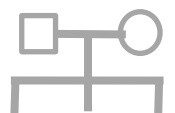
記入日 年 月 日

氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	歳
住所				電話番号		
介護区分			認定期限			生活保護
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			年 月 日 ~ 年 月 日			有・無
希望回数	希望曜日		希望時間			
/ 週	月・火・水・木・金・土		6-7時間(入浴有・無) 短時間(1-2時間・介護予防)			
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度		J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度		I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
主治医	病院名			医師名		
主病名				最終入院歴	入院 年 月 日	退院 年 月 日
既往歴(新しいものから記入)						
年月日	病名	医療機関		経過、治療内容等		
利用目的	本人希望					
	家族希望					
日常生活動作情報	基本動作	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	歩行(屋内)	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	歩行(屋外)	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	階段昇降	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	食事	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	食事形態	主食(米飯・お粥)、副食(常食・キザミ、ソフト) 治療食:(減塩食6g、糖尿病食、腎臓病食等) 水分トロミ(有・無)				
	アレルギー・禁止食、義歯	有・無(種類:) 義歯 有・無()				
	排泄(昼)	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	排泄(夜)	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	整容	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	更衣	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	入浴	自立・一部介助・全介助 介助内容:				
	コミュニケーション	問題なし・簡単な会話可能・意思疎通困難				
認知症状	()HDS-R・MMSE()点					

身体状況		身体機能情報(疼痛・麻痺 等)	
		投薬情報	
		昼食薬: 有・無() その他:	

余暇活動		日中の過ごし方	
------	--	---------	--

家庭内の役割		職歴	
--------	--	----	--

家族構成		キーパーソン() 回◎本人 □男 ○女 ■●死亡	家族の協力・特記事項	・日中:

緊急連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

本人の住居環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	<input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベーター	<input type="checkbox"/> 手すり(設置箇所:)
---------	--	--	--------------------------------------

他の居宅サービス利用状況			
	回/(週・月)		回/(週・月)
	回/(週・月)		回/(週・月)

福祉用具レンタル: 有・無
 レンタル内容:

その他

介護支援専門員氏名	居宅介護支援事業所名称	連絡先	TEL :
			FAX :