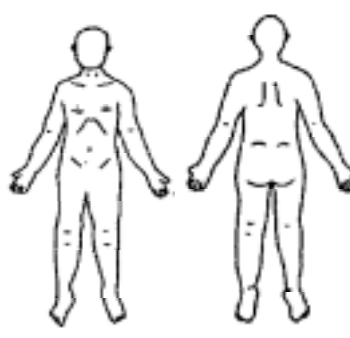


入所・通所リハ・短期入所 利用者調査票

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------|
| 【介護認定】 要支援・要介護 1・2・3・4・5 申請中 (認定期間 年 月 日～ 年 月 日) | | 【記入者】 |
| 【利用者名】 ふりがな 氏名 | 【性別】 男・女 | 担当ケアマネ() 問い合わせ日 平成 年 月 日 相談者() 方法 電話 来所 その他() |
| 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生(歳) | | 電話番号 - - |
| 【現住所】(出来れば介護保険証の住所をご記入ください。) (〒 -) | | |
| 【利用目的】 | | |
| 【現状況】 在宅 医療機関() 施設() その他() | | |
| 【在宅介護サービス等利用状況】 ホームヘルパー派遣(週 回) 訪問看護・往診(週 回) 移動入浴サービス(週 回) 訪問リハビリテーション(週 回) 短期入所サービス(日/月) デイケアサービス(週 回) その他 | | |
| 【退所先(予定)】 家庭 施設(申請 未・済)済の場合(申込先) その他() | | |
| 【退所後の方向】 | | |
| 【身元引受人】 ふりがな 氏名 (続柄) 住所(〒 -) 電話番号 | | |
| 【現在困っていること】 本人のneed 家族のneed | | |
| 【備考】 | | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【既往歴・現症状・経過(発症年月日を記入)】 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ | 【服薬(現在服用している薬剤名を記入)】 |
| 【職業・職歴】 【生活歴】 【趣味・嗜好】 | 【家族構成】 (主介護者) |
| 【ADL自立度】 寝たきり 日常生活に介助が必要 移動(車椅子・歩行器・伝い歩き・杖・独歩()) 排泄(失禁 無・有<オムツ・Pトイレ・トイレ>) 食事() 更衣() 整容() 入浴() 意思表示() 日常生活は一人で出来る。 | 【身体の状態】 麻痺 拘縮 褥創(有・無) 視力 聴力 言語  (麻痺 斜線 拘縮 × 褥創 を図に記入) |
| 【食事形態】 主食 常食 全粥 七分粥 五分粥 三分粥 流動食 (摂取制限 kcal) 副食 常食 軟菜食 刻み食 ミキサー食 義歯使用 | 【日常生活自立度】 ・障害老人の日常生活 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 ・痴呆性老人の日常生活 正常 a b a b M |
| 【理解及び記憶】 ・短期記憶障害 問題なし 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない ・自分の意志伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない | 【問題行動の有無】(該当する個所をチェック) 有り 無し (有りの場合) 幻聴・幻覚 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他() |
| 【その他特記事項】 | |
| 判定結果 判定日 年 月 日 | 可・不可・保留 保留理由() |
| 入所・通所・短期入所 入所階(階) | |