

利用申込書

もれなくご記入の上、当てはまる口には✓を入れてください。頂いた個人情報はご利用者の処遇に関する事以外に利用いたしません。

記入日 年 月 日

ふりがな		性別		M T S		年 月 日 (歳)
利用者氏名		男・女	生年月日			
利用者住所	〒				電話 ()	
ふりがな			〒			
申込者氏名		申込者住所			電話 () 携帯 ()	
	続柄()					
希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所：入所希望時期 今すぐ 年 月 日から入所希望・未定					
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護：利用開始希望時期 年 月 日頃から利用開始希望・未定					
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション：利用希望曜日 () 入浴希望 (有・無)					
居室	<input type="checkbox"/> 4人部屋を希望 <input type="checkbox"/> 個室を希望					
利用希望の理由						
主な疾患名及び病状 (介護が必要になった原因疾患についてご記入ください)						
①病名	発症時期	年 月				<input type="checkbox"/> 手術した
②病名	発症時期	年 月				<input type="checkbox"/> 手術した
③病名	発症時期	年 月				<input type="checkbox"/> 手術した
保険種別	※お持ちのものがございましたら、コピーを添付してください。					
	<input type="checkbox"/> 国保(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(無・有 級)障害名()			
	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 生活保護(担当課名 担当者名)			
<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証(第1段階・第2段階・第3段階)		<input type="checkbox"/> その他()				
要介護区分	申請中・要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	認定の有効期間	年 月 日	～	年 月 日
居宅介護支援事業所	事業所名		担当ケアマネジャー名	(担当開始時期: 年 月から)		
	TEL	()				
主治医連絡先	医院名		担当医師名	(担当開始時期: 年 月から)		
	TEL	()				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 (独居以外の方は右表へ同居中の家族の続柄、年齢を記入してください)					同居中の家族情報
	<input type="checkbox"/> 独居 (近隣に支援できる者の有無 有(続柄)・無)					続柄
	<input type="checkbox"/> 入院中 (入院先 病院に 年 月から入院)					年齢
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (入所先 に 年 月から入所)					続柄
	<input type="checkbox"/> その他 ()					年齢
退所後の状況 (※入所希望の場合)	<input type="checkbox"/> 在宅復帰を希望 (年 月ごろに 自宅へ・グループホームへ・その他())					
	<input type="checkbox"/> 施設入所を希望 (年 月ごろに 特別養護老人ホームへ・有料老人ホームへ・介護老人保健施設へ)					
	<input type="checkbox"/> 未定・その他 ()					
当施設を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介された (紹介機関 紹介者名)					
	<input type="checkbox"/> 甲有会グループ内の施設を利用していた (利用施設名)					
	<input type="checkbox"/> ご自身で調べた (近隣にお住まい・インターネット・その他)					
カナディアンヒル介護老人保健施設(医療法人社団甲有会) 〒657-0811 神戸市灘区長峰台2-3-1			【施設使用欄】 申込受付日 年 月 日			
TEL(入所・短期入所)	078-801-1111		書類確認	<input type="checkbox"/> 利用申込書 <input type="checkbox"/> 家族情報提供書		
TEL(通所リハビリ)	078-801-0234			<input type="checkbox"/> 保険者証コピー <input type="checkbox"/> 診療情報提供書		
FAX(各サービス共通)	078-801-0036		判定会議結果	<input type="checkbox"/> 入所可(入所予定時期 月 日頃)		
mail(各サービス共通)	canadianhill@kouyukai.jp			<input type="checkbox"/> 入所不可(不可理由を裏面に記録のこと)		

家族情報提供書

これまでのご本人の生活状況などをお伺いいたします。頂いた情報を元に、ご本人を知り、ケアをさせて頂くことでより良いケアに繋がります。また、ご本人が快適に利用されるために安全な環境づくりに努めておりますが、ご本人の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、危険性が伴います。ご本人にとってより良いケアに活かすためにご家族からの情報はとても重要です。もれなく記入の上、当てはまる□には✓を入れてください。頂いた個人情報はご利用者の処遇に関する以外に利用いたしません。

ふりがな		ふりがな		続柄
利用者氏名		記入者氏名		

ご利用に際してのご本人の意向（このような生活を送りたいという希望）

ご利用に際してのご家族の意向（このような生活を送ってほしいという希望）

これまでに利用されたことがある介護サービス

施設入所（施設名） 訪問介護・訪問入浴（週に 日利用していた）
 ショートステイ（施設名） 訪問看護・訪問リハビリ（週に 日利用していた）
 デイケア・デイサービス（週に 日利用していた） 住宅改修（）
 福祉用具（） その他（）

現在使用中の内服薬・外用薬（※ 入所の場合 薬の内容によっては入所に際して、医師より調整をさせて頂く場合もございます）

内服薬 ※お薬手帳や処方内容がございましたら、別紙につけて頂くことで省略可能です。

外用薬

現在の心身状況・生活状況・住宅状況について（当てはまる□に✓、該当する状況に○印を入れてください）

日常の生活動作	移動	<input type="checkbox"/> ひとりで立てますか <input type="checkbox"/> 立てる <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば立てる <input type="checkbox"/> 立てない <input type="checkbox"/> ひとりで歩けますか <input type="checkbox"/> 歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子を自分で操作して移動できる <input type="checkbox"/> 自分では移動できない ※使用している歩行補助具（杖・歩行器・その他（）） ※移動（立ち上がりや歩行）に関してご家族がお手伝いされていることをご記入ください。 （）
	食事	<input type="checkbox"/> ひとりで食事ができますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが、声かけや見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 ※使用している自助具（箸・スプーン・フォーク・その他（）） ※食事形態 主食（ごはん・粥） おかず（普通・一口大・ミキサー・きざみ） ※食事に関してご家族がお手伝いされていることをご記入ください。 （）
	排泄	<input type="checkbox"/> ひとりで排泄ができますか <input type="checkbox"/> できる（トイレ・ポータブルトイレ） <input type="checkbox"/> オムツやパットを使用している ※排泄に関してご家族がお手伝いされていることをご記入ください。 （）

心身状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない ※眼鏡（有・無）
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない ※補聴器（有・無）
	歯	<input type="checkbox"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 入れ歯（上・下・部分） ※入れ歯の手入れ（可・不可）
	会話（意思疎通）	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> 話せない
	睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れている <input type="checkbox"/> 眠れていない <input type="checkbox"/> 眠剤を飲んでいる

身体計測 身長（）cm 体重（）kg ※計測できない場合はおおよその数値

生活状況

・日常的な一日の過ごし方をご記入ください

6:00	8:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	0:00
------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------

・一週間の過ごし方をご記入ください（）

住宅状況

一戸建て 自宅前の駐車スペース 有・無 寝具（介護用ベッド・ベッド・ふとん）
 マンション・ハイツ（）階 エレベーター 有・無 （通所サービス時の）送迎時間の家族在宅 有・無
 ※エレベーター不停止階該当 有・無 ※家族在宅無の場合の状況（）
 ※玄関、エントランスまでの階段や段差 有・無 その他（）

施設での安全な環境づくりに関して

施設では安全な環境づくりに努めておりますが、高齢者の身体特性、疾患症状により少なからず危険が発生いたします。その際には、ご本人にとってより良いケアや環境を提案することも必要となって参ります。このシートはご家族と施設が一丸となり、より良いケアや環境づくりをするために必要な情報を頂くことが目的です。安全に施設を利用していただくために、これまでの状況をお聞かせください。(当てはまる□には✓を入れてください※複数回答可) また、施設のご利用に際して、危険性を十分にご理解頂き、ご本人にとってより良いケアが出来るようにご協力いただきますようお願いいたします。ご利用が決定しましたら、再度、ご本人・ご家族と一緒に個別の危険性を検討させていただき、事故防止策についてご説明させていただきます。

◆高齢者施設は廊下や居室の幅が広く(法令による施設基準)、つまづいたときに身体を支える家具も家庭ほど多くありません。また、高齢者施設では法律上、原則として身体拘束を行えません。そのため、歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。

これまでに転倒による骨折・外傷等の事故がある。※下記に事故の発生状況、場所、手術の有無などをご記入ください

(事故発生場所:)

(事故発生状況:)

(骨折の有無: 有 ・ 無 ※有の場合 ()年に骨折し、 手術をした 手術はしなかった)

(骨折の部位:)

歩行状態、立位状態が不安定であるが、ご自身で活動されることが多い。

歩行状態、立位状態が不安定であるが、ご自身で危険性を理解しておられ、見守りや介助を依頼される。

これまでに医療機関で身体拘束をされていた。(拘束内容)

ご家族様が転倒や転落、骨折予防などで工夫されていた方法をご記入ください。

◆加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥、誤飲、窒息の危険性が高い状態にあります。

よく咳込んだり、食事や水分を摂ったときにむせ込んでいる。

これまでに誤嚥性肺炎と診断されたことがある。

認知症の症状により、食事を食べることに集中がしにくい。

認知症や疾患の症状により食事のペースが取りにくい。(一気にかきこんで召し上がる等)

ご家族様が誤嚥や誤飲、窒息防止などで工夫されていた方法をご記入ください。

◆認知症の症状により、施設から出ていかれる場合があります(離設・徘徊)。離設された場合、警察に捜索願を出す場合があります。また、いち早くご本人の安全を確保するために近隣の商店などに情報提供を呼びかけるための顔写真入りの情報提供書を配布させて頂く場合があります。

これまでに自宅や施設を出ていかれ、戻ってこられなくなったことがある。

(徘徊頻度:)

(これまでに入所されていた方)ご自身の居室が分からなくなったことがある。

ご家族様が徘徊予防で工夫されていた方法をご記入ください。また、徘徊された場合の地域や警察との連携方法もご記入ください。

◆認知症の症状により、自傷行為や他傷行為(家族や他人に対する暴力や暴言)が起こる場合があります。

これまでに自傷行為(自殺願望含む)があった。

これまでに家族や他人に対して暴力的な言動(暴力や暴言、威嚇行為)があった。

これまでに介護されることに対して拒否があった。

暴力や暴言、自傷行為、介護拒否があった場合にご家族様がされていた対応方法や工夫をご記入ください。

◆高齢者の身体特性として、加齢とともにさまざまな変化が起こります。例えば、骨はもろくなり、通常の対応でも容易に骨折する恐れがあります。また、皮膚は薄くなり、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。血管ももろくなり、軽度の打撲であっても、皮下出血ができやすい状態にあります。

ご家族様が介護・介助されていて、上記のような状態がありましたか？
また、介護・介助をするにあたって留意されていたことや工夫をご記入ください。

◆その他、ご本人の状況で危険性を予測されること、ご心配なことがございましたらご記入ください。
ご本人にあった事故防止対策を行なう上で、ご家族からの情報が大変重要になります。ご協力をお願いします。

診療情報提供書

医療機関名

平成 年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

㊞

ふりがな			連絡先 〒	—	
氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 (歳)	TEL.	()	
傷病名					
経過・現症状及び加療内容					
投薬内容					
血液検査	実施日	年 月 日	身長	cm	体重 kg
白血球	尿素窒素		HCV抗体 + -		
赤血球	クレアチニン		ワ 氏 + -		
ヘモグロビン	尿 酸		疥 癬 + -		
ヘマトクリット	中性脂肪		結 核 + -		
血小板	Na		(レントゲンに異常がある場合)		
血清蛋白	K		検 尿	・蛋白	
アルブミン	空腹時血糖			・糖	
A S T	C R P			・ウロビリノーゲン	
A L T	HbA1c		血 圧 /		
総コレステロール	HBs抗原		+ -		
レントゲン結果 所見	異常なし 異常あり		※ ありの場合は写真を添付してください		
心電図結果 所見	異常なし 異常あり		※ ありの場合は心電図を添付してください		
問題行動	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他()				
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()				
日常生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
痴呆性老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
要介護度	申請中・自立・要支援・1・2・3・4・5				
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成	年	月	日 点
介護上の注意事項：					