

(A)

申込日: 年 月 日

わかたけ富岡 苑

短期入所生活介護利用申込書

新規 : 継続

※こちらの申込み状況も居室調整の参考としています。空欄やお間違えのないようご記入をお願いいたします

御利用者	被保険者番号				生	年	月	日
	フリガナ				年齢	明治・大正・昭和		
	氏名	様			満	年 月 日		
					才	性別	男・女	
	認定結果	要支援・1・2 要介護・1・2・3・4・5 (申請中:申請日 年 月 日)						
	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで						
住所	エレベータ 有: 無							
(送迎場所)								
電話番号				FAX番号				

居宅介護支援事業者	住所						
	事業者名						
	担当者						
	電話番号				FAX番号		

利用希望日	第1希望	年 月 日 ~		年 月 日		多少の前後 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	第2希望	年 月 日 ~		年 月 日		
	第3希望	年 月 日 ~		年 月 日		不可欠日 日 ~ 日
	送迎希望	入所時	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	退所時	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

\* 現在送迎地域が金沢区、磯子区、港南区、ですが区域外もご相談ください。

状況	希望フロア	<input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 認知症棟(認知症専門棟はございません)					
	医療処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養( <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 酸素( <input type="checkbox"/> ℓ/分)					
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 気管切開					
		<input type="checkbox"/> インスリン( <input type="checkbox"/> 朝: 時頃 <input type="checkbox"/> 昼: 時頃 <input type="checkbox"/> 夜: 時頃)					
	感染症	<input type="checkbox"/> MRSA( <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 傷 → :度合[ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ ]					
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 緑膿菌( <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 傷) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患:症状[ ]					
認知症	<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 夜間不眠 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為						
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不穏行為 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害 【 <input type="checkbox"/> …ある <input type="checkbox"/> …時々】						
ADL	移動: <input type="checkbox"/> 歩行( <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) <input type="checkbox"/> 車椅子( <input type="checkbox"/> 立上り) <input type="checkbox"/> ストレッチャー						
	食事: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事量:1食平均[ ]割摂取						
	麻痺: <input type="checkbox"/> 右:左:上肢:下肢) 意思疎通 可 : 不可						
特記事項	※ご予約後に、ご利用者様のADL(骨折、入院治療など必要な方など)に変化があった場合はお手数でも状況をお知らせくださいますようお願い申し上げます。						

\*ご利用中:カテーテル・マーゲンチューブ等の交換は行っておりません \* 該当する箇所**に必ずチェックして下さい。**

施設記入欄	受付年月日	年 月 日	受付者氏名	
-------	-------	-------	-------	--

予 約 日 時		(ご家族様へも日程、お時間をお伝え願います。)	
開始	年 月 日( )	施設到着[ : ]	(施設送迎 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
終了	年 月 日( )	施設出発[ : ]	(施設送迎 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

: 月分のキャンセル待ちとさせていただきます。

介護老人福祉施設わかたけ富岡 電話:045-776-1230 担当:阿部・青木  
FAX :045-776-1060

P B S C

http://www.tomioka-w-waka.jp/img/p4e9393cf43755.pdf

## 様[フェイスシート]

記入日: 年 月 日現在

初回利用予定日: 年 月 日～ 年 月 日( 日間)

\* 当用紙を、初回ご利用前までにご送信下さい。(以前ご利用時の状況と変化がある際にも再度ご提出下さい。)

食 事	主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー		□トロミ			
	副食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー					
	□自立 □一部介助 □全介助					
排 泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ・リハパン	<input type="checkbox"/> パット
		<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> コール	
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ・リハパン	<input type="checkbox"/> パット
		<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> コール	
移 動	□歩行(□不安定) □杖・歩行器 □車椅子 □リクライニング車椅子					
入 浴	□機械浴槽 □中間浴・座位浴 □一般浴					
睡 眠	□規則正しい睡眠 □不規則 □昼夜逆転					
	□眠剤服用(□飲んでいても不眠)					
義 歯	□上: □部分入れ歯 □下: □部分入れ歯 □無					
	□家族管理 □自我管理					
視 力	□普通 □やや見えにくい □かなり見えにくい □全盲					
	□眼鏡(□家族管理□自我管理) □コンタクト					
聴 力	□普通 □耳元で大声必要 □全く聞こえない					
	□補聴器(□家族管理□自我管理)					
喫 煙(□無)	□自我管理 □家族管理					

※利用期間中の喫煙はご遠慮いただいております。

認 知 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	意思の疎通 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い
レ ベ ル	I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M	
介護・看護上: 特に注意・留意する事(認知症含)をご記載下さい。		
機能障害: 有・無 <input type="checkbox"/> 麻痺(右上肢・右下肢) <input type="checkbox"/> 拘縮(右上肢・右下肢) <input type="checkbox"/> 麻痺(左上肢・左下肢) <input type="checkbox"/> 拘縮(左上肢・左下肢)		
言語障害: 有・無		
特記事項:		

確 認 事 項	①車椅子の操作の理解(ブレーキ・フットレスト等) <input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない
	②立位・歩行不可にも関わらず <input type="checkbox"/> ベットからの転落の危険性がある <input type="checkbox"/> 車椅子からの立上りがある。
	③ベットから降り這って入口付近まで出られる事が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々

(C) 社会福祉法人若竹大寿会

既往歴	
診断名 (現在の健康状態)	1:現在治療中の病気、皮膚の病気、精神障害等の状況 2:服薬の状況 (具体的にお知らせください。) 3:ご利用者様の平均的な血圧、 / 脈拍、 体温 °C
感染症	「HBs抗原」= <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 「HCV抗体」= <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 「結核」罹患歴= <input type="checkbox"/> 有( 歳頃) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 「梅毒」= <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 「MRSA」罹患歴= <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 部位: <input type="checkbox"/> 鼻腔・ <input type="checkbox"/> 咽頭・ <input type="checkbox"/> 痰・ <input type="checkbox"/> 尿・ <input type="checkbox"/> 褥創・ <input type="checkbox"/> 創部

当施設は医療機関と異なりますので、施設でのお薬の処方、治療行為などは出来かねます。

ご予約後、ご利用者様の体調、入院、新たな治療が必要な場合は、必ずお知らせください。

健康管理に必要となりますのでこちらの項目につきましては出来る限りの情報を記載してください。また、健康診断書等ございましたら参考までに添付願います。

<治療食をご希望・必要とされるご利用者へ>

※該当の方は必ずご記入ください。又事前にお知らせ頂ければ幸いです。

当施設では予めお申し出頂ければ下記のような治療食を召し上げて頂く事が出来ます。

糖尿食 エネルギー \_\_\_\_\_ Kcal/日 ( \_\_\_\_\_ 単位)

※当施設では、1200Kcal(15単位)、1440Kcal(18単位)、1600Kcal(一般食)の3パターンです。

腎臓食 たんぱく質 \_\_\_\_\_ g/日  
塩 分 \_\_\_\_\_ g/日  
水 分 \_\_\_\_\_ cc/日

肝臓食 脂 質 \_\_\_\_\_ g/日  
たんぱく質 \_\_\_\_\_ g/日  
塩 分 \_\_\_\_\_ cc/日

心臓食 塩 分 \_\_\_\_\_ g/日

胃潰瘍食

高度肥満症食 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
エネルギー \_\_\_\_\_ Kcal/日 (医師の指示が出ている場合)

高脂血症食 ( 高中性脂質 ・ 高コレステロール )  
エネルギー \_\_\_\_\_ Kcal/日 コレステロール \_\_\_\_\_ mg/日

貧血食 鉄 分 \_\_\_\_\_ mg/日

記入者 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)