

# プレーゲ船橋短期入所生活介護事業所利用申込書

記載日 H〇〇年 〇月 〇日

ご希望の利用期間		H〇〇年 〇月 〇日 ~ H〇〇年 〇月 〇日	
利用者氏名	船橋 好子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> 昭	〇年 5月 10日	
住所	〒 274-0054 船橋市金堀町195	電話番号	047 - 410 - 8611
要介護度	要支援1・2・ <input checked="" type="radio"/> 要介護1・2・3・4・5	保険者	船橋市
負担限度額認定の有無	第1段階・第2段階・第3段階・ <input checked="" type="radio"/> 第4段階	生活保護	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
家族氏名	船橋 良子	続柄	長女
連絡先	047 - 457 - 2207		
かかりつけ医療機関	〇〇病院		医師名
		〇〇 〇〇先生	
住所	〇〇市〇〇町〇〇		電話番号
		〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
既往歴		現在治療を受けている病気	
H〇年 〇月 〇日	脳梗塞	H〇年 〇月 〇日	糖尿病
H〇年 〇月 〇日	白内障(両目手術済み)	H〇年 〇月 〇日	高血圧
年 月 日		H〇年 〇月 〇日	アルツハイマー型認知症
年 月 日		年 月 日	
年 月 日		年 月 日	
皮膚の状態や処置など	皮膚は異常なく、医療的処置もありません。		
生活歴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご出身</li> <li>・仕事歴</li> <li>・入院歴</li> <li>・現在どのような生活をされているか</li> </ul> など、ご記入頂いております。	家族構成	
趣味や特技	読書、手芸	性格	穏やかで社交的
施設への要望	他の方との会話を楽しみにしているので、食事席など配慮をお願いします。		
その他特記事項	歩行が少し不安定で自宅でも2~3回、転倒しています。		
地域包括支援センター名 居宅介護支援事業所名	ケアプラン〇〇	担当者	船橋 好男
住所	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

特に医療的処置がある場合はご記入をお願い致します。  
例：インスリン注射を行っているなど。

氏名	船橋 好子					
身体及び日常生活動作の状況	視力	① 正常 2. 大きい字なら見える 3. ほとんど見えない 4. 全く見えない				
	聴力	① 正常 2. 大きい声なら聞こえる 3. ほとんど聞こえない 4. 全く聞こえない				
	会話	① 正常 2. やや不自由 3. ほとんど話せない 4. 全く話せない				
	歩行	1. 可能 ② 杖を使用して可能 3. シルバーカーで可能 4. 半介助 5. 全介助 (車椅子の使用: 無 ② 有 ③ 自走: 可 ④ 不可 ⑤ 移乗: 可 ⑥ 不可)				
	食事形態	① 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助				
		1. 米飯 ② 粥 ③ 一口大 4. きざみ 5. 流動食 6. ゼリー食 7. 糖尿病食 8. 鼻腔栄養 9. 胃ロウ 10. その他( )				
	排泄	日中	① 自立 2. 簡易式トイレ使用 3. 声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) 4. 全介助			
		夜間	① 自立 2. 簡易式トイレ使用 3. 声掛け、見守りが必要(パンツ・オムツ) 4. 全介助			
	更衣	① 可能 2. 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助				
	入浴	1. 可能 ② 声掛け、見守りが必要 3. 半介助 4. 全介助				
身体障害等	③ 無 ・ 有 (障害名 ) 種 級					
床ずれ	③ 無 ・ 有 (部位 )、大きさ( cm × cm )					
精神及び行動の状況	ナースコールの使用	① 可能 2. 不可能 3. 不明				
	認知の状況	正常 ・ I ・ ② a ・ II b ・ III ・ III a ・ III b ・ IV ・ M				
	下記の行動障害について、項目ごとに該当する数字を記入してください。					
	・行動障害がない場合は「1」を記入					
	・1カ月に1回以上ある場合は「2」を記入					
	・1週間に1回以上ある場合は「3」を記入					
	被害的	1	作話	1	幻視・幻聴	1
	感情が不安定	2	昼夜逆転	1	常時の徘徊	1
	暴言・暴動	1	同じ話をする	1	大声を出す	1
	介護に抵抗	1	落ち着きなし	1	外に出て戻れない	1
収集癖	1	一人で出たがる	1	火の不始末	1	
物や衣類を壊す	1	不潔行為	1	異食行動	1	
性的迷惑行為	1	ひどい物忘れ	3			
認知症状で困っている点や、その他お困りの事、不安な点がございましたらご記入下さい。						
・認知症状で困っている事は頻繁にある物忘れと、今後の事を考えて感情が不安定になってしまう事です。						
・歩行が不安定の為、一人で歩かせるのは不安があります。						

カロリー制限など、お食事に制限がある場合もご記入下さい。