

社会福祉法人 奉優会

高齢者在宅サービスセンター白金の森 利用申込書

No. 1

申込日 平成 年 月 日

事業所	事業所名	担当ケアマネジャー		
	事業所番号	電話番号：		
	住所	FAX：		
利用者情報	フリガナ	性別	生年月日 明 大 昭 年 月 日(歳)	
	氏名	男女	電話番号：	
	住所			
	被保険者番号	予防 1・2 要介護 1 2 3 4 5	届出日 H 年 月 日	
介護者	氏名	続柄	住所	電話番号：
	氏名	続柄	住所	電話番号：
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号：
	氏名	続柄	住所	電話番号：
生活状況				家族構成図：
趣味				
飲酒				
喫煙				
入浴サービス	要 不要	特記：		特記：
食事サービス	要 不要	嗜好性：		特記：
送迎サービス	要 不要	往復 片道	特記：	
開始希望日：	月 日	希望曜日：	月 火 水 木 金 土 / 週 回	
デイホーム利用理由：				備考：
サービス利用前訪問予定日	平成 年 月 日 /	担当者名：		
責任者確認欄	受付担当者氏名	港区立高齢者在宅サービスセンター白金の森 〒108-0071 東京都港区白金台5-20-5 TEL：03-3449-9615 FAX：03-3442-3110		
上記の件、受付いたしました 平成 年 月 日()				
受付連絡済チェック	持込 / FAX / 郵送			

医療情報

主治医	病院及び診療所名	医師名		
	住所	電話番号:		
	緊急時の希望搬送先:			
既往歴				
現在治療中の病気				
現在服用中の薬: 朝 昼 夕 就寝前 (服薬数含む) その他(目薬等)				
現在行なわれている医療処置: 無 有 1:インシュリン注射 2:バルブカテーテル留置中 3:経管栄養中(鼻腔・胃ろう) 4:血液透析中 5:中心静脈栄養中 6:在宅酸素治療中 7:人工肛門増設者 8:その他()				
感染症の有無 1:疥癬(+・-) 2:梅毒(+・-) 3:肝炎ウイルス(+・-) 4:MRSA(+・-) 5:その他()				
アレルギー: 無 有()				
特記事項:				

ADL・身体情報

視聴言語	視力	1.普通に見える(眼鏡使用・なし) 2.見えにくい 3.全く見えない 4.その他			特記事項:
	聴力	1.普通に聞える(補聴器使用・なし) 2.聞えにくい 3.全く聞えない 4.その他			
	言語	1.支障なし 2.ややもつれる 3.かなり支障あり 4.全く話せない 5.その他			
	意思疎通	1.支障なし 2.時々できない 3.時々できる 4.ほとんどできない 5.その他			
移動	方法	1.自立(杖等使用・なし) 2.部分介助(見守り・手を引く等) 3.車椅子使用(常時・外出時のみ)			
	立ち上がり	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助 特記:()			
	移乗動作	坑縮・麻痺 無 有()			
特記事項:					
食事	摂取方法	1.自立 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.セッティング			
	喫食方法	主食	普通 粥 ミキサー その他()		自助具: 無 有()
		副食	普通 一口大 刻み 超刻み ミキサー		嗜好性等:
	食食用具	箸 スプーン フォーク 吸いのみ エプロン その他()			
	食事時間	朝食:	昼食:	夕食:	義歯: 無 有
咀嚼・嚥下状態について				(状態:)	
特記事項:					
排泄	方法	トイレ ポータブル 尿器 オムツ その他		尿意: 無 有 / 便意: 無 有	
		1.自立 2.部分介助 3.全介助		オムツの種類: 無 有()	
	排尿回数:	回/日	排便頻度:	回/日	下剤: 無 有()
特記事項:					
入浴	方法	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			浴槽種類: 一般浴・椅子浴・寝台浴
	特記事項:				
整容	着脱	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			特記事項:
	洗面	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
	口腔	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
	爪切り	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
	耳掃除	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
	髭剃り	1.自立 2.見守り 3.部分介助 4.全介助			
精神状態等	認知症の症状: 1.記憶障害 2.幻覚・幻聴 3.独り言 4.徘徊 5.異食 6.暴言・暴力 7.意思疎通の困難				
	無 有 8.その他()				
特記事項:					