

デイサービス くすくす 利用申込書

申込日 年 月 日

被保険者情報	フリガナ		性別	事業所名		
	氏名		男・女	事業所電話番号		
	生年月日	M・T・S 年 月 日()歳		介護支援専門員		
	住所	〒 -		介護度	支1 2 介1 2 3 4 5	
	負担限度額認定証	あり(段階)・なし・申請中(段階予定)		利用者電話番号		
	緊急連絡先	フリガナ 続柄 住所 〒 - 氏名: () 電話 - -		認定有効期間	R 年 月 日～ R 年 月 日迄	
医療情報	かかりつけ病院	病院名 電話 - - 通院 往診 薬のみ 定期 不定期 回 / 週・月 主治医 Dr.				
	今まで下記の病院と診断されたことはありますか？ あてはまるもの全てに○を付けて下さい。 高血圧・便秘症・糖尿病・心臓病・肝臓病・脳血管障害・消化器疾患・床ずれ・難聴 水虫・疥癬・白内障・緑内障・骨折・膝関節症・腰痛症・その他()					
	褥瘡	あり 部位 処置の頻度 ()・なし				
	感染症	あり()・なし	結核の既往	あり()・なし		
	浮腫	あり 部位()・なし	皮膚病	あり()・なし		
	便秘	あり(下痢・浣腸・座薬)・なし	お薬	服薬管理 可・不可		
	拘縮	あり(下痢・浣腸・座薬)・なし	麻痺	あり 右(上・下) 左(上・下)・なし		
	アレルギー	あり()・なし	転倒経験	あり()・なし		
日常生活の状況	食事	主食 常食・軟飯・おかゆ・ミキサー 摂取方法 自立・見守り・一部・全介 水分 普通・ゼリー・とろみ(%) 副食 常食・一口・きざみ・極きざみ・ペースト 嚥下状態 使用具 はし・スプーン・フォーク・エプロン・吸飲み				
	義歯	あり 上(総入れ歯・部分入れ歯) 下(総入れ歯・部分入れ歯)・なし				
	体質的・薬等で食べられない物					
	排泄	日中	トイレ・PTイレ・オムツ・リハパン・パット・下着・尿器・カテーテル 自立・一部介助・全介助			
		夜間	トイレ・PTイレ・オムツ・リハパン・パット・下着・尿器・カテーテル 自立・一部介助・全介助			
		尿意	あり・なし・不明	失禁	あり・なし・たまに有・不明	
		便意	あり・なし・不明	便通	普通・下痢・便通・不明	
	歩行	屋内	独歩・杖・歩行器・車いす(自操・介助)・装具(あり・なし)・その他()			
		屋外	独歩・杖・歩行器・車いす(自操・介助)・装具(あり・なし)・その他()			
	立ち上がり	自立・何かにつかまれば可能・見守り・一部介助・全介助				
	立位保持	自立・何かにつかまれば可能・見守り・一部介助・全介助				
	座位	自立・何かにつかまれば可能・見守り・一部介助・全介助				
	寝返り	自立・何かにつかまれば可能・見守り・一部介助・全介助				
	入浴	自立・何かにつかまれば可能・見守り・一部介助・全介助			回/週・月	
		一般浴・機械浴(座位浴・寝台浴)・三方浴・シャワー浴・清拭				
	睡眠	ベッド・電動ベッド・布団・エアマット・介助バー				
		良眠・時々不眠・不眠・昼夜逆転・就寝時間～起床時間 : ~ :				
	視力	見える・ぼんやり見える・見えない・【眼鏡】あり・なし	着脱	自立・一部介助・全介助		
聴力	聞こえる・大声なら聞こえる・聞こえない・【補聴器】あり・なし	嗜好	飲酒・喫煙			
会話	通じる・どうにか通じる・通じない・筆談・その他	趣味				
認知症	生活自立支援	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	意思疎通	可・その場合は可・不可		
	認知症自立度	I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M	失見当職	時間・場所・人		
	【周辺症状】徘徊・幻覚・幻聴・妄想・作り話・暴力・収集癖・異食・大声 不潔行為・同じ話をする・抑うつ傾向・帰宅願望・その他()					