

小規模多機能型居宅介護利用申込用紙

申込日 年 月 日

事業者名:

担当者

直通電話

FAX

利用者基本情報				医療保険	
氏名	フリガナ()	男 ・ 女	生年月日 (歳) M・T・S・H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保・政府・組合・共済・日雇 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療給付(あり・なし) <input type="checkbox"/> 身障手帳(あり・なし) 級	
住所	浦安市	電話		介護保険	
キーパーソン(連絡先): 電話 フォローアップ: 病院外来・かかりつけ医・() 指示書依頼: 未・済(病院名: 医師名:)				<input type="checkbox"/> 申請中(申請日) <input type="checkbox"/> 認定済(要介護度) 被保険者番号() 認定日(年 月 日) 認定期間() <input type="checkbox"/> 負担割合(割)	
主なサービス依頼内容				現在利用中のサービス	
病名・症状に対する説明と理解				<input type="checkbox"/> 訪問介護(曜日 時間) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(曜日 時間) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(曜日 時間) <input type="checkbox"/> 通所介護(曜日 時間) <input type="checkbox"/> 通所リハ(曜日 時間) <input type="checkbox"/> その他	
病名:() 病名について理解 患者(している・していない) 家族(している・していない) 理解や受け止め方()					
I.利用者の身体症状				左記の内容補足	
① 寝たきり度: J(自立)・A(外出要介助)・B(座位可)・C(寝たきり) ② 麻痺: なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢 ③ 起居・移動: 自立・一部介助・座位・起居不能 ④ 歩行: 自立・杖・歩行器・車椅子(一部介助・全介助) ⑤ 障害: 視力(程度)・聴力(程度) ⑥ 意思の伝達: できる・時々できる・ほとんどできない・できない					
II.生活支援の必要性					
⑦ 排泄: 自立・失禁(尿・便)・オムツ・ポータブルトイレ カテーテル(最後に挿入した日 交換頻度) ⑧ 食事: 自立・一部介助・全介助・嚥下障害・咀嚼() ⑨ 清潔: 入浴・シャワー・清拭・口腔ケア ⑩ 更衣: 自立・一部介助・全介助					
III.医療処置の必要性					
<input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH(持続点滴) <input type="checkbox"/> HOT(在宅酸素) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> CAPD(腹膜透析) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 看取り					
IV.社会的情報					
<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居() <input type="checkbox"/> 経済的・社会的問題()					
V.介護力・家族の準備状況					
家族の支援体制(主介護者 協力者) 家族が実施する処置(内容・習得状況・必要物品準備状況) その他介護についての不安					