

# 利用相談申込書

利用希望者	ふりがな 氏名				性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 生まれ			年齢	歳
	現住所	〒 電話				
申込者（保証人）	ふりがな 氏名				性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ			年齢	歳
	現住所	〒				
	利用希望者との 続柄	電話			携帯	
担当ケアマネジャー	事業者名					
要介護度	・要支援1 ・要支援2 要介護 ・1 ・2 ・3 ・4 ・5					
	有効期間	H・R	年	月	日～	
		H・R	年	月	日迄	
介護保険負担割合証	1割 ・ 2割 ・ 3割					
介護保険負担限度額認定	・第1段階 ・第2段階 ・第3段階 ・第4段階					
	※「介護保険負担限度額認定証」の食費の負担限度額で判断します。詳しくは、区役所でご確認下さい。 第1段階 300円 ・第2段階 390円 ・第3段階 650円 ・第4段階(減額はありません)					
療養状況	<input type="checkbox"/> 現在、ご入院されていますか？（ はい ・ いいえ ） 「はい」と答えられた方。 「いいえ」と答えられた方。					
	1、どちらの病院ですか？	1、通院(往診)されていますか？				
	2、いつからご入院していますか？	2、どちらの病院(医院)ですか？				
	3、病名は何ですか？	3、病名は何ですか？				
	4、何か医療処置はありますか？ (インシュリン・経管栄養等)	4、何か医療処置はありますか？ (インシュリン・経管栄養等)				
	5、退院の時期はいつですか？					
既往歴	<input type="checkbox"/> 今までに大きな病気や手術をされたことがありますか？（ はい ・ いいえ ） <input type="checkbox"/> その病気や病名(手術名)をわかる範囲ですべて教えて下さい。					
	病名 ( )	病院 ( )	時期 ( )			
	病名 ( )	病院 ( )	時期 ( )			
	病名 ( )	病院 ( )	時期 ( )			
	病名 ( )	病院 ( )	時期 ( )			

家族構成	□同居・別居に限らず利用希望者様からみた主なご家族をご記入下さい。(ご利用希望者様は未記入で結構です)						
	氏名	年齢	続柄	健康状態	職業	同居の有無	備考
家屋情報	<input type="checkbox"/> 家屋 <ul style="list-style-type: none"> <li>・一戸建て</li> <li>・マンション</li> <li>・アパート</li> <li>・公営 ( )階</li> </ul>						
	<input type="checkbox"/> トイレ <ul style="list-style-type: none"> <li>・和式</li> <li>・洋式</li> <li>・ポータブルトイレ</li> </ul>						
	<input type="checkbox"/> 浴室 <ul style="list-style-type: none"> <li>・据え置き式</li> <li>・埋め込み式</li> </ul>						
	<input type="checkbox"/> 寝具 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ベット</li> <li>・畳の上に布団</li> </ul>						
	<input type="checkbox"/> 利用希望者の居室 (無・有)(和室・洋室)						
	<input type="checkbox"/> 住宅改造 (無・有)(具体的に						
	<input type="checkbox"/> 玄関前の階段等 (無・有)(具体的に						
社会資源	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳をお持ちですか? (はい・いいえ・申請中)						
	<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳をお持ちですか? (はい・いいえ・申請中)						
	<input type="checkbox"/> 以下のものをお持ちの福祉用具がありますか? (はい・いいえ) <ul style="list-style-type: none"> <li>・杖</li> <li>・歩行器</li> <li>・車椅子</li> <li>・電動車椅子</li> <li>・足の装具</li> <li>・義足</li> <li>・義手</li> <li>・義眼</li> <li>・補聴器</li> <li>・尿管器</li> <li>・ストマ用具</li> <li>・在宅酸素</li> <li>・その他( )</li> </ul>						
	<input type="checkbox"/> 以下の在宅サービスをご利用されたことがありますか? (はい・いいえ) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームヘルパー</li> <li>・訪問看護</li> <li>・訪問入浴</li> <li>・訪問リハビリ</li> <li>・デイサービス</li> <li>・通所リハビリ</li> <li>・ショートステイ</li> <li>・緊急通報システム</li> <li>・介護タクシー</li> <li>・日常生活用具レンタル</li> <li>・その他( )</li> </ul>						
生活状況	<input type="checkbox"/> 利用希望者様の収入。 (・年金・恩給・仕送り・資金・その他)						
	<input type="checkbox"/> 卒業された学校。(具体的に)						
	<input type="checkbox"/> 就職されたことはありますか? (具体的に)						
	<input type="checkbox"/> 趣味や好きなことはありますか? (具体的に)						
	<input type="checkbox"/> 信仰される宗教がありますか? (具体的に)						
	<input type="checkbox"/> その他、何かありましたらご記入ください。						

身体状況	歩行はできますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分でできる</li> <li>・一部介助が必要</li> <li>・全くできない</li> </ul>
	歩行に必要な用具を使用していますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用している（ ・杖 ・シルバーカー ・歩行器 ・車椅子 ）</li> <li>・利用していない</li> </ul>
	食事はできますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分でできる</li> <li>・一部介助が必要</li> <li>・全くできない</li> </ul>
	排泄はできますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分でできる</li> <li>・一部介助が必要</li> <li>・全くできない</li> </ul>
	排泄に必要な用具は使用していますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用している（ ・ポータブルトイレ ・おむつ ・はくパンツ ・バルーン ）</li> <li>・利用していない</li> </ul>
	入浴はできますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分でできる</li> <li>・一部介助が必要</li> <li>・全くできない</li> </ul>
	更衣はできますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自分でできる</li> <li>・一部介助が必要</li> <li>・全くできない</li> </ul>
	コミュニケーションはとれますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・十分できる</li> <li>・困難だができる</li> <li>・全くできない</li> </ul>
精神状況	意欲（やる気）がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何事にも意欲的である</li> <li>・相手や物によってかわる</li> <li>・時間によりやる気にムラ</li> <li>・やる気がみられない</li> <li>・ない</li> </ul>
	物忘れがありますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・あるが生活に支障はない。</li> <li>・最近のことを忘れ生活に支障が出ている。</li> <li>・新しいことも古いことも忘れてしまっている。</li> </ul>
	時間や場所の理解がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・十分できる</li> <li>・生年月日がわからない</li> <li>・場所がわからない</li> <li>・人の顔がわからない</li> </ul>
	生活に支障がある行動がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・みられない</li> <li>・うつ状態</li> <li>・妄想</li> <li>・同じことを何度も言う</li> <li>・徘徊</li> <li>・異食行為（食物以外を口にすること）</li> <li>・昼夜逆転</li> <li>・暴言・暴力</li> <li>・その他（</li> <li>・幻覚</li> <li>・作話</li> <li>・収集癖（物を集める）</li> <li>・不潔行為</li> <li>・夜間の混乱状態（不眠など）</li> </ul>
社会状況	役割をお持ちですか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・役割がない</li> <li>・地域社会で役割がある</li> <li>・家庭内で役割がある</li> </ul>
	人との交流がありますか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や身内に限る</li> <li>・特定の人に限る</li> <li>・周りと交流が盛んである</li> <li>・ほとんど交流がない</li> <li>・何もしない</li> </ul>
	日々の過ごし方はどうですか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・趣味など目的のある活動をしている</li> <li>・周囲にあわせて過ごすことが多い</li> </ul>
	家族との会話はどうですか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・よく話をする</li> <li>・必要な時だけ話す</li> <li>・声をかければ話す</li> <li>・ほとんど話さない</li> </ul>

サービス利用について	<p><input type="checkbox"/> サービスの利用について 希望するサービスに○をつけ、項目にお答えください。</p> <hr/> <p>• <b>通所リハビリテーション</b> を希望します。</p> <p>利用の目的</p> <p>利用の回数、希望曜日 週( )回、 ( 月 火 水 木 金 土 )曜日の利用を希望</p> <p>個別リハビリテーションのご希望はありますか？( はい ・ いいえ )</p> <hr/> <p>• <b>ショートステイ</b> を希望します。(1ヵ月のうち数日入所するサービス)</p> <p>利用の目的</p> <p>利用希望日数</p> <p>個別リハビリテーションのご希望はありますか？( はい ・ いいえ ) ※1日1回 20分(250単位)で、個別リハビリテーションを実施します。日曜日の実施はありません。</p> <hr/> <p>• <b>入所</b> を希望します。</p> <p>利用の目的</p> <p>利用期間はどのようにお考えですか？</p> <p>要介護状態が改善した場合、退所後の生活をどのようにお考えですか？ (介護老人保健施設は、基本的に在宅復帰を目的とした施設です)</p>
	<p><input type="checkbox"/> 介護やリハビリテーションへのご希望をお書き下さい。 (介護計画書・リハビリ計画書作成の参考にします)</p> <p>ご本人の希望</p> <p>ご家族の希望</p>
	ご希望