## 入所 通所 申込書 年 月 日

介護老人保健施設 健勝園九条					申請者	氏 名					
月晚七八休促旭战 使册图九末				連絡先							
	フリガナ					身長 体重		生年月日			
	氏 名				男•女			年 月	目(	歳)	
利	A A					cm	kg	<del>+</del> 7	П П (	<b>承义</b> /	
		₹				電 話					
	住 所										
用						対けるおも	L. HAT DICK				
	٨	護度				認定の有效	別服				
者	711	<b>受</b> 及				4	年 月 日	日~ 年	月 日	<b>E</b>	
- 1	A.D. A										
	健 保	国保•後期	高齢・社保・	生活保護	介護保険	模準負担額	頂減額認定認	証 あり、	なし		
ご希	望のお部	屋	•2人部屋	•4)	人部屋	・どちらて	も良い				
	氏	名	続柄	住	前又	は連絡	先	電	話	順	
		*H	וישעוו		· // /	100 20 ///	<i>)</i>	HB.		//UK	
近											
親者知											
者											
知											
人										_	
等											
	生すれからも	見在の場所の流	5h.								
	大体で大		124 0	(例)熊本で昭	和10年に生ま	ミれて昭和30年に	に結婚して大阪に	引っ越し現在に	至る。 		
et.											
生	/1. <del>==</del> *		مادطنا		<b>叶鹃</b>						
活	仕事		歳迄	兄弟姉	<b>妹</b> 関係						
111	趣味	趣味 結婚、子伯			共の状況						
面				備考欄(注	意する事	 :等)					
				VIII 4 1714 ( L							
	現在の医療機関名					医師名					
	現住の医療機関名				스매石						
	所在地						TEL				
	<i></i>				I Fitt }⇒. Län	Dire de Lin 112 di Linatel					
	かかりつけ医		. P. N. Lawel /	\TTD Lkbr		送先病院	\   \   \   \   \   \   \   \   \   \	-l+/ \			
医		感染症 血液型( )HBs扩			₹( )•	HCV抗体(	(査( )				
療	アレル	/ギー等	薬剤禁忌			-	アチン接種(		)		
7/JK			(例)H2年8/2	石大腿骨頸部	骨折 H2年8	/3 人工骨頭挿	人術(〇〇病院)	)			
面											
	<b>护</b>	歴									
		っどこで)									
	4 M4 (1										
精	答えられ	いる事に○	自分の名前	<b>が、生年月</b>	日年齢、	自分がいる場	<b>。所、季節、</b>	家族の顔、名	 名前		
	(あては	まるもの)		へひどい).	、やる気が	ない、物を	集める、昼夜	友逆転			
神	被害妄想	<b>担</b> (		)不潔行	為(		)				
面			5た山子 か				,				
	<b>以見が兄んの、八戸で山り、心場の、茶刀でかの</b> フ										
<u>kit</u> ti		居宅介護支援事業所 									
備	介護支持	介護支援専門員連絡先									
考	受けてい	受けている介護保険サービス									

## 日常生活動作調査票

氏名		( 年 月 日) あてはまる個所に○をつけて下さい								
食	事	自力・一部介助( )・全介助 食事摂取量(有・普通・無)								
		主食:ごはん・粥・ミキサー ( )								
		副食:普通・キザミ食()・ミキサー むせやすさ(有・無) 食べこぼし(有・無)								
		治療食 ( アレルギー ( )								
		箸 スプーン フォーク 好き ( )嫌い ( )								
		飲み物:自分で飲める・一部介助・全介助 トロミ								
		歯:自分の歯・一部入れ歯(上 下)・総入れ歯・手入れ方法								
排	泄	自力:一部介助( )・全介助 バルーン・ストマ								
		日中:トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・リハビリパンツ・尿取りパット								
		夜間:トイレ・ポータブルトイレ・尿器・オムツ・リハビリパンツ・尿取りパット								
		小便( 回/日位)大便( 回/ 日位) 便秘時対応( )								
移	動	手段:独歩・杖・歩行器・オパル・押し車・車椅子(普通型・介助型・リクライニング)								
		対応:見守り・付添い・全介助・その他(								
		移乗:自力・一部介助・全介助								
		起居動作:自立・一部介助・全介助								
		座位姿勢:保てる・背もたれ必要・不安定								
		転倒リスク:高・中・低 センサーマット使用 (有・無)								
入	浴	一般浴槽・シャワー浴・リフト浴・特浴								
更	衣	自力・一部介助・全介助								
視	力	普通・見えにくい (右・左) 見えない (右・左) 眼鏡 (有・無)								
聴	力	普通・聞こえにくい (右・左) 聞こえない(右・左) 補聴器(有・無)								
意思	疎通	日常会話が出来る・簡単なことのみ・困難								
睡	眠	起床 時・就寝 時 眠剤(有・無) 夜眠れる・昼間も寝る・夜眠れない								
服薬										
ЛХЖ										
生活状況										
特記	事項									