

短期利用特定施設入居者生活介護 緑井ガーデンハウス利用申込書(アセスメント)

平成 年 月 日

利用希望者	ふりがな				男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生	()歳
	氏名									
	住所	〒 ☎								
要介護度	要支援1 ・ 2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5									
医療機関名					主治医					
住所					電話番号					
診断名(病名)					内服薬: あり ・ なし			点眼薬: あり ・ なし		
既往歴 (今までに入院や手術を行ったことがあるか等)	(例)平成21年5月～脳梗塞 (○△病院入院)				塗り薬: あり ・ なし			その他薬: あり ・ なし		
					お薬手帳: あり ・ なし					
特別な医療	無 ・ インスリン注射 ・ 経管栄養(経鼻・胃瘻) ・ 在宅酸素 ・ 尿道留置カテーテル ストーマ ・ 褥瘡 ・ 吸引 ・ その他()									
ADL等の状況	移動	独歩 ・ 歩行器 ・ 車椅子(自走:) ・ ストレッチャー				特記				
	食事	主食		副食		禁忌食		特別食		
		自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()								
	歯磨き	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()				[義歯] あり() ・ なし				
	入浴	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()				特記				
	排泄	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助()				特記				
	視覚	普通 ・ 近くなら可 ・ 全盲				[眼鏡] あり ・ なし				
	聴覚	普通 ・ 大声で可 ・ 聞こえない				[補聴器] あり ・ なし				
	意思疎通	通じる ・ ある程度 ・ 通じない				特記				
問題行動	記憶障害 ・ 失見当 ・ 攻撃的行為 火の不始末 ・ 徘徊 ・ 不潔行為 不穏興奮 ・ その他()				特記					

緊急連絡先①	ふりがな 氏名		続柄 ()	電話	
	住所			携帯	
緊急連絡先②	ふりがな 氏名		続柄 ()	電話	
	住所			携帯	
家族状況	氏名	年齢	続柄	同居/別居	居住市区町村
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
				同 / 別	
家族構成	=	経済状況	国民年金 ・ 老齢福祉年金 ・ 厚生年金 共済年金 ・ 船員年金 ・ 恩給 健康管理手当 ・ その他()		
			月額又は年額	円/月・年	
介護保険状況	居宅介護支援事業所等名称				
	電話番号				
	担当ケアマネジャー氏名				
	サービス利用	通所介護(回/W) ・ 通所リハ(回/W) ・ 訪問介護(回/W) 短期入所(日/月) ・ 訪問看護(回/W) ・ 福祉用具貸与			
その他 注意事項	夜間等、急変時搬送希望病院				

本人 希望		家族 希望	
----------	--	----------	--

必要書類	① 介護保険証(コピー) ② 健康保険証(コピー) ③ 原爆手帳(お持ちの方のみ:コピーで可) ④ 重度障害者医療受給者証(お持ちの方のみ:コピーで可) ⑤ その他の手帳(コピー可)
------	---