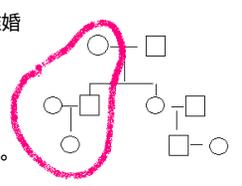


【 介護医療院トワイエ尼崎 申込書 】 書式1.

※申込の際には

- ・介護保険被保険者証 ・介護保険負担割合証 ・健康保険被保険者証 ・後期高齢者医療被保険者証
 ・介護保険負担限度額認定証 ・生活保護受給者証 等のコピーを添付または原本をご持参ください。

令和 年 月 日

利用者様 氏名	ふりがな _____	男 女	生年月日 大・昭 年 月 日 (歳)	
利用者様 住所	〒 _____ TEL: _____			
要介護度	要介護()	新規申請・区分変更中 更新申請中	介護保険負担割合	1割・2割・3割
			介護保険負担限度額	申請中・1段階・2段階 3段階①・3段階②・無
現在の状況	病院()	病院	担当相談員	氏名: _____
	施設()		担当相談員 ケアマネージャー	氏名: _____
	自宅・その他施設()		担当 ケアマネージャー	氏名: _____ 事業所: _____
保証人 ※必ず連絡の取れる方をお願いいたします。				
名前	続柄	年齢	住所 〒 _____	連絡先(携帯電話) TEL: _____
緊急連絡先 ※最低2名は、記入をお願いいたします。				
1人目:名前(主介護者)	続柄	年齢	住所 〒 _____	連絡先(携帯電話) TEL: _____
2人目:名前	続柄	年齢	住所 〒 _____	連絡先(携帯電話) TEL: _____
3人目:名前	続柄	年齢	住所 〒 _____	連絡先(携帯電話) TEL: _____
<p><u>ご利用者様のご家族様・ご親族様について</u></p> <p>※記入例を参考にいただき、子・孫までお書きください。同居の方は丸で囲んでください。</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> ◎:本人 / <input type="checkbox"/>:男性 <input type="checkbox"/>:女性 <記入例>_ <input checked="" type="checkbox"/> ● 死亡 / - 婚姻関係 / × 離婚 </p> <div style="text-align: right;">  </div> <p style="text-align: right;">※主介護者は「主」と記入して下さい。</p>				

諸制度の利用状況

年金の有無	国民年金・厚生年金 遺族年金・障害年金	1ヶ月あたりの所得額 約 _____ 万円	身体障害者手帳の有無	□ なし □ あり(種 級 障害名)
生活保護の方	担当のソーシャルワーカー : 所属() 氏名()			

健康 状 況	現疾患 医療的処置				
	病歴 ※発症年月日も記入				
	かかりつけの 医療機関	()	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期 (週 回 / 月 回)	
	公害受診	有・無 (病院)	通院頻度	<input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期 (ヶ月に 回)	
	予防接種	肺炎球菌ワクチン 接種状況：未・済 (接種 年 月 日)	インフルエンザワクチン 接種状況：未・済 (接種 年 月 日)		
		新型コロナウイルスワクチン 接種状況：未・済 (接種 年 月 日)(回目まで接種)			
	麻痺：有・無 麻痺の箇所()	拘縮：有・無 拘縮の箇所()			
	褥瘡：有・無 褥瘡の箇所()	便秘：有・無 服薬の種類()			

日常生活動作調査票 (あてはまる項目に、○やチェックをつけてください)

生 活 状 況	移動	自立・杖・歩行者・シルバーカー・車椅子・寝たきり	自立・見守り・一部介助・全介助		
	動作	できることは○、一部介助であれば△ 全介助なら×をつけてください		身体拘束	無・有 種類 ()
		寝返り・起き上がり・立ち上がり・移乗			
	食事 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 療養食 種類 []	<主食> 米飯・お粥・軟飯・ト口粥・ミキサー 補助具：箸・スプーン・自助具		食事動作：自立・一部介助・全介助 食事場所：食堂・ベッド上	
		<副食> 形・一口大・キザミ食・ソフト食・ミキサー食 <アレルギー> 無・有 種類()		<水分> 普通・薄トロミ・濃トロミ <エプロン> 必要・不要	
		<経管栄養> 胃ろう・経鼻経管栄養・その他()			
	嚥下	問題なし・ややむせる・むせる		咀嚼	問題なし 噛みにくい・噛めない
	歯科受診	無・有 治療内容 () / 入所後希望する：治療内容 ()			
	排泄	トイレ・オムツ バルーンカテーテル・ストーマ		尿意：無・有	自立・見守り・一部介助・全介助
		入浴	一般浴・機械浴・ストレッチャー 自立・見守り・一部介助・全介助	衣類の着脱	上衣(自立・一部介助・全介助) 下衣(自立・一部介助・全介助)
	口腔ケア	自立・セッティング必要 うがいのみできる・全介助	義歯の有無	自歯：無・有(上：本・下：本) 総入れ歯・上部分義歯・下部分義歯・義歯無	
	睡眠	良眠・昼夜逆転・夜間不眠	眠剤	無・有(薬名)	
	視力	普通・見えにくい・見えない	聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない	
		<眼鏡> 無・必要時のみ・無		補聴器：無・有	
皮膚の状態	乾燥しやすい・かぶれやすい・ただれやすい・アレルギー()・その他()				
認知症	無・有(型認知症)・年齢相応 / <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> その他()				
発語	可能・不可能	会話	可能・不可能	理解力	無・有・曖昧

概況調査(ご本人様の暮らしの様子)

書式 3.

出身地はどこですか？		兄弟・姉妹はいますか？	
何歳からどんな仕事を されてきましたか？		結婚はいつ頃されましたか？ 子どもは何人いますか？	
現在の住所に生まれている のはいつ頃からですか？		仕事をやめてからはどんなふう に過ごされておりましたか？	
介護が必要になったのは いつ頃からですか？		介護医療院トワイエ尼崎へ 入所を決めた動機は何ですか？	
(経管栄養の方へ) 経管栄養をされた きっかけは何ですか？		ご家族様でご本人様の 今後について 話し合われたことはありますか？	
どんな性格ですか？ (今と昔とどちらも)		趣味・関心・好きなことは ありますか？	
好きな食べ物は ありますか？		苦手・嫌いな食べ物は ありますか？	
お話しすることは 好きですか？		時間や場所がわかりますか？	
直前や最近のことを 覚えていますか？		昔のことは覚えていますか？	
ご本人様が何か やり残した・やりたいことは ありますか？		好きなことでずっと 続けてきた物・事はありますか？	

下記のようなことはありますか？あてはまることがあればチェックを入れてください。

- ・ 何度も同じ話をする
- ・ 状況に合わない話をする(会話がかみ合わない)
- ・ 大きな声を出す
- ・ オムツを触ってしまうことがある
- ・ その他、伝えておきたいことがありましたら下記にお書き下さい。
- ・ 物やお金を盗られたなどの被害妄想がある
- ・ ないものが見えたり聞こえたりする
- ・ 声かけや介護を拒む
- ・ 食べられないものを口に入れる

()

