

おおぞら村 コスモハイツ・八番地 : 入居希望受付票

受付日 平成 年 月 日

入居をご希望される方	氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日															
	住所	〒 -				満 歳															
	電話番号		電話	(ご自宅) - -	(連絡先) - -																
ご家族等	氏名	ふりがな	続柄		家族構成																
	住所	〒 -				電話	(ご自宅) - -	(連絡先) - -													
	<p>1. 入居希望日 【平成 年 月 日 ~ 】</p> <p>2. 医療機関及び主治医 【医療機関： 】 【主治医： 】</p> <p>3. 医療機関にかかる日数 【月 回】 【週 回】 【その他 】</p> <p>4. 既往症 【 】</p> <p>5. ケアプラン担当事業所 【事業所名： 】 【担当者名： 】 【TEL・FAX： 】</p> <p>6. 現在ご利用の介護サービスをご記入下さい 【 】</p> <p>7. 入居後にご利用したい訪問介護サービスをご記入下さい（下記にチェック）</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 排泄介助</td> <td><input type="checkbox"/> バイタルチェック</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 入浴介助</td> <td><input type="checkbox"/> 更衣・整容・整髪（起床、就寝介助）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 清拭・部分浴</td> <td><input type="checkbox"/> 掃除</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口腔ケア</td> <td><input type="checkbox"/> 洗濯</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 移乗・移動</td> <td><input type="checkbox"/> 買物代行</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食事介助</td> <td><input type="checkbox"/> 薬受け取り</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 特殊調理（刻み・ミキサー・特別食）</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 服薬・点眼・塗布・貼付</td> <td>()</td> </tr> </table> <p>8. 寝たきり度 【 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 】</p> <p>9. 認知症 【 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V 】</p>						<input type="checkbox"/> 排泄介助	<input type="checkbox"/> バイタルチェック	<input type="checkbox"/> 入浴介助	<input type="checkbox"/> 更衣・整容・整髪（起床、就寝介助）	<input type="checkbox"/> 清拭・部分浴	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/> 移乗・移動	<input type="checkbox"/> 買物代行	<input type="checkbox"/> 食事介助	<input type="checkbox"/> 薬受け取り	<input type="checkbox"/> 特殊調理（刻み・ミキサー・特別食）	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 服薬・点眼・塗布・貼付
<input type="checkbox"/> 排泄介助	<input type="checkbox"/> バイタルチェック																				
<input type="checkbox"/> 入浴介助	<input type="checkbox"/> 更衣・整容・整髪（起床、就寝介助）																				
<input type="checkbox"/> 清拭・部分浴	<input type="checkbox"/> 掃除																				
<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 洗濯																				
<input type="checkbox"/> 移乗・移動	<input type="checkbox"/> 買物代行																				
<input type="checkbox"/> 食事介助	<input type="checkbox"/> 薬受け取り																				
<input type="checkbox"/> 特殊調理（刻み・ミキサー・特別食）	<input type="checkbox"/> その他																				
<input type="checkbox"/> 服薬・点眼・塗布・貼付	()																				
備考欄																					

入居希望受付票② (アセスメントシート)

確認日	平成 年 月 日	確認者氏名	
-----	----------	-------	--

ADL 情報

身体	麻痺	部位、動作への影響等
	関節の動き	部位、動作への影響等
	床ずれの有無	有 無
動作	寝返り	できる できない
	起き上がり	できる できない
	立ち上がり	できる できない
	座位保持	できる できない
	立位保持	できる できない
	片足での立位保持	できる できない
	屋内歩行	できる できない
	屋外歩行	できる できない
	移乗	できる できない
	移動	できる できない
食事	食事の形態	普通食 治療食 経管栄養 その他
	飲水の状態	自立 見守り 一部介助 全介
	嚥下の状態	できる 見守り できない

排泄	排泄行為	自立 見守り 一部介助 全介助
	尿意	あり ときどき なし
	便意	あり ときどき なし
	尿失禁	なし ときどき いつも
	便失禁	なし ときどき いつも
	用具の使用	トイレ ポータブルトイレ 尿器 おむつ・パット 留置カテーテル その他
整容	清潔行為	自立 見守り 一部介助 全介助
	体を洗う行為	自立 見守り 一部介助 全介助
	洗面	自立 見守り 一部介助 全介助
	口腔ケア	状態 良好 不良（不潔 炎症 痛み） 義歯 有 無
	洗髪	自立 見守り 一部介助 全介助
	爪切り	できる できない
	衣服着脱	できる 見守り できない
コミュニケーション	視力	日常生活に支障はない 形はわかるがはっきり見えない ほとんど見えない
	聴力	日常生活に支障はない 大きな声でないと聴きとれない ほとんど聞こえない
	意思の疎通	できる 限定的にできる ほとんどできない
	日常の意思決定	できる 一部できる できない
	指示への反応	できる 一部できる できない
	記憶・理解	できる 一部できる できない

問題行動	妄想・幻覚	なし ときどき ある
	感情失禁	なし ときどき ある
	昼夜逆転	なし ときどき ある
	暴言・暴行	なし ときどき ある
	同じ話・不快な音	なし ときどき ある
	介護への抵抗	なし ときどき ある
	徘徊	なし ときどき ある
	帰宅願望	なし ときどき ある
	収集	なし ときどき ある
	異食行為	なし ときどき ある
社会参加	社会参加意欲	有 無
	他者との関わり	有 無
	喪失感	有 無
	孤独感	有 無

IADL 情報

調理	できる 一部できる 行っていないができる能力はある できない
掃除	できる 一部できる 行っていないができる能力はある できない
洗濯	できる 一部できる 行っていないができる能力はある できない
買い物	できる 一部できる 行っていないができる能力はある できない

金銭管理	できる	一部できる	行っていないができる能力はある	できない
薬の管理	できる	一部できる	行っていないができる能力はある	できない
電話の利用	できる	一部できる	行っていないができる能力はある	できない
ゴミ捨て	できる	一部できる	行っていないができる能力はある	できない
通院	できる	一部できる	行っていないができる能力はある	できない
交通機関の利用	できる	一部できる	行っていないができる能力はある	できない

医療的処置

実施項目	実施者	処置内容
○血圧測定		
○体温測定		
留置カテーテル		
ストマ管理		
尿パックの交換		
酸素管理		
胃ろうの管理		
床ずれの処置		
インスリン管理		
管理栄養		
○軟膏湿布		

○爪切り		
点滴管理		
薬の管理		
○目薬		

○印は、医師の許可が必要です。

その他・備考・特記など