

# ほんごう苑利用申請書

ほんごう苑受付日 令和 年 月 日

利用希望者

フリガナ		性別	保険者市町村								
氏名		男・女	被保険者番号								
			介護度	支1	支2	1	2	3	4	5	
生年月日	T・S 年 月 日 歳		認定日								
住所	〒		認定期間	～							
		負担割合	1割		2割		3割				
電話			負担限度額	なし あり(コピーを添付) 申請中							

緊急連絡先(2名必須)

氏名	続柄	住所	電話

請求書の送付先

氏名	続柄	住所	電話

居宅介護支援事業所

事業所名		担当 ケアマネ	
	電話番号		

かかりつけ医療機関

医療機関名 ①			医療機関名 ②		
	診療科	受診頻度		診療科	受診頻度
医療機関名 ③			医療機関名 ④		
	診療科	受診頻度		診療科	受診頻度

本人の意向	<input type="checkbox"/> 利用希望している <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している					
	<input type="checkbox"/> 認知機能の低下により理解困難 <input type="checkbox"/> 知らせていない					
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	利用中の介護サービス				
	<input type="checkbox"/> 病院・施設	病院 施設名		入院・入所 期間	年 月 から	
身長	cm		体重	kg		
視力	普通・弱視・ほぼ見えない・全盲・メガネ		聴力	普通・やや難・かなり難・全難聴・補聴器		
発語	良好 ・ やや不自由 ・ 不自由		理解力	良好 ・ やや困難 ・ 困難		

添付書類	必須	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳または薬剤情報等
※不備がある場合 受付できません	適宜添付	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証

健康状態	現疾患(発症時期おおよそでOK 何歳頃等)		既往歴		
	医療的処置等	経管栄養・胃瘻・人工肛門・インスリン・在宅酸素・吸引・他( )			
	感染症	無 ・ 有( )	アレルギー	無 ・ 有( )	
	便秘	無 ・ 有( )	睡眠薬	無 ・ 有(薬名 )	
	褥瘡	無 ・ 有( )	入歯	無 ・ 有(上・下・部分 )	
自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
移動・移乗	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			特記事項
	転倒リスク	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 小さい <input type="checkbox"/> 大きい			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あり( )			
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	その他	<input type="checkbox"/> エアマット使用 <input type="checkbox"/> センサー類を使用			
食事	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食(二度炊き) <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー			特記事項
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ソフト(キザミ等) <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー			
	用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> その他			
	自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	嚥下	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 悪い			
	食欲	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食			
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器等 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ			特記事項
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器等 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ			
	尿便意	尿意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曖昧    便意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曖昧			
	※頻尿、排便間隔やコントロール・その他				
保清	清潔方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 清拭			特記事項
	浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	衣類の管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
認知機能	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定・問題なし <input type="checkbox"/> 妄想・幻覚 <input type="checkbox"/> 不安・抑うつ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不定愁訴 <input type="checkbox"/> 不眠・浅眠 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 易怒・興奮 <input type="checkbox"/> 介護拒否・抵抗 <input type="checkbox"/> 危険行動 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 著明な物忘れ			特記事項
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 無反応 <input type="checkbox"/> 辻褄合わない <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可			
	ナースコール	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> センサー使用 <input type="checkbox"/> 困難			
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	※昼夜の変化・夜間の状態など				
利用履歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 老健入所 )				

記入者職氏名 \_\_\_\_\_