

社会医療法人正和会 介護老人保健施設 湖東老健 **通所リハビリテーション 利用申込書**

■通所	記入日	令和 年 月 日
-----	-----	----------

フリガナ		男・女	生 年 月 日		
利用者氏名	様		明・大・昭	年	月
住所	〒 -	電 話	()		

フリガナ		男・女	年 齢	続 柄	職 業
身元引受人	様				
住所	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ 〒 -				
電 話	()	携帯電話	()		

現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅（独居・同居） <input type="checkbox"/> 医療機関入院中（医療機関名： 診療科： 科） <input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
かかりつけの医療機関名		病 名			
居宅介護支援事業所名		担当ケアマネ			
介護保険	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援		<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階		
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中		介護負担限度額	<input type="checkbox"/> 4段階 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	

通所希望内容	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 社会交流 <input type="checkbox"/> その他(下記 希望理由欄へ記入)			
	希望曜日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (週 回)
	希望時間	<input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 長時間		送迎希望	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	申込中(利用中)の施設	<input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他()			

【家族構成と連絡先】 ※利用者の子となる方は、県外にお住まいの場合でも全員ご記入下さい。

氏 名	続 柄	年 齢	同居の有無	職業・勤務先・電話
			有・無	()
			有・無	()
			有・無	()

【意向確認事項】

利用料引落希望銀行	<input type="checkbox"/> 秋田銀行 <input type="checkbox"/> 北都銀行 <input type="checkbox"/> 秋田信用金庫
インターネットへの写真掲載(SNS,HP,ブログ等)	<input type="checkbox"/> 掲載可 <input type="checkbox"/> 掲載不可

日常生活動作・関連動作調査票

利用者氏名 _____ 様

記入者氏名 _____ 様

調査日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(続柄 _____)

※該当する箇所には○をつけてください

歩行(屋外)	1、自立 2、ゆっくりなら歩ける 3、物につかまれば歩ける 4、はって歩く 5、移動できない
歩行(屋内)	1、自立 2、ゆっくりなら歩ける 3、物につかまれば歩ける 4、はって歩く 5、移動できない 車椅子 (有 ・ 無) 杖 (有 ・ 無)
階段の昇降	1、自立 2、ゆっくりなら歩ける 3、物につかまれば歩ける 4、はって歩く 5、移動できない
立 位	1、自立 2、なんとか自分で立てる 3、介助されれば長時間立てる 4、介助されれば短時間立てる 5、立てない
座 位	1、自立 2、なんとか自分で座ってられる 3、一部介助されれば座ってられる 4、かなり介助しなければ座ってられない 5、座ることが不可能
寝返り	1、自立 2、なんとか自分でできる 3、一部介助すればできる 4、かなり介助すればできる 5、全面介助
衣服着脱	1、自立 2、なんとか自分でできる 3、一部介助すればできる 4、かなり介助すればできる 5、全面介助
食 事	1、自立 2、ほぼ自分でできるが遅い 3、一部介助すればできる 4、かなり介助すればできる 5、全面介助 6、むせやすい 7、経管栄養
排泄(小便)	1、自立 2、トイレに行くのが遅い 3、かろうじて自分です(尿器) 4、介助を要する 5、失禁(常時オムツ使用) *ポータブルトイレ使用
排泄(大便)	1、自立 2、トイレに行くのが遅い 3、かろうじて自分です(尿器) 4、介助を要する 5、失禁(常時オムツ使用) *ポータブルトイレ使用
入 浴	1、自立 2、ほぼ自分でできるが遅い 3、一部介助すればできる 4、かなり介助すればできる 5、全面介助 6、清拭のみ *週 _____ 回
視 力	1、普通 2、大抵の人の区別がつく 3、殆ど見えない 4、全く見えない 5、眼鏡 (有 ・ 無)
聴 力	1、普通 2、大きな声であればわかる 3、補聴器使用でほぼ普通 4、全く聞こえない
意思表示	1、普通 2、大体できるが不完全 3、かろうじてできるが不完全 4、不可能
話の了解	1、普通 2、大体できるが不完全 3、かろうじて了解 4、まれに了解 5、不可能
洗 濯	1、普通 2、できるが遅い 3、一部介助すればできる 4、できない
買 物	1、普通 2、できるが遅い 3、一部介助すればできる 4、できない
炊 事	1、普通 2、できるが遅い 3、一部介助すればできる 4、できない
掃 除	1、普通 2、できるが遅い 3、一部介助すればできる 4、できない
電 話	1、普通 2、大体できるが不完全 3、かろうじてできるが不完全 4、不可能
金銭管理	1、普通 2、大体できるが不完全 3、かろうじてできるが不完全 4、不可能
服 薬	1、普通 2、大体できるが不完全 3、かろうじてできるが不完全 4、不可能
整 容	1、普通 2、大体できるが不完全 3、かろうじてできるが不完全 4、不可能

【身体・精神状況】	※該当に✓でチェックし、概要をご記入下さい。
<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル等 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 迷子 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 性的行動 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 自殺企図	
(専門医)受診の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
医療機関名 _____	診断名 _____

DBDスケール(Dementia Behavior Disturbance Scale) (認知症行動障害スケール)

利用者氏名 _____ 様 記入者氏名 _____ 様 (続柄 _____)

1から28の項目について、次の0から4までの評価に従って該当する数字に○をつけてください。
 0 : 全くない・・・ いままでこの症状はなく、現在もない
 1 : ほとんどない・・・ これまで認めたことがあるが、現在は確認できない
 2 : ときどきある・・・ まれに認められる
 3 : よくある・・・ 毎日ではないが、この問題はよく認められる
 4 : 常にある・・・ この症状がほぼ毎日認められる

記入日	令和	年	月	日	全くない	ほとんどない	ときどきある	よくある	常にある
1.	同じことを何度も何度も聞く。	0	1	2	3	4			
2.	よく物をなくしたり、置き場所を間違えたり、隠したりする。	0	1	2	3	4			
3.	日常的な物事に関心を示さない。	0	1	2	3	4			
4.	特別な理由がないのに夜中に起き出す。	0	1	2	3	4			
5.	特別な根拠もないのに人に言いがかりをつける。	0	1	2	3	4			
6.	昼間、寝てばかりいる。	0	1	2	3	4			
7.	やたらに歩き回る。	0	1	2	3	4			
8.	同じ動作をいつまでも繰り返す。	0	1	2	3	4			
9.	口汚くののしる。	0	1	2	3	4			
10.	場違い或いは季節に合わない不適切な服装をする。	0	1	2	3	4			
11.	不適切に泣いたり笑ったりする。	0	1	2	3	4			
12.	世話をされるのを拒否する。	0	1	2	3	4			
13.	明らかな理由無しに物をため込む。	0	1	2	3	4			
14.	落ち着きなく、あるいは興奮してやたらに手足を動かす。	0	1	2	3	4			
15.	引出しやタンスの中身を全部出してしまう。	0	1	2	3	4			
16.	夜中に家の中を歩き回る。	0	1	2	3	4			
17.	家の外に出て行ってしまう。	0	1	2	3	4			
18.	食事を拒否する。	0	1	2	3	4			
19.	食べ過ぎる。	0	1	2	3	4			
20.	尿失禁する。	0	1	2	3	4			
21.	日中、目的もなく屋外や屋内を歩き回る。	0	1	2	3	4			
22.	暴力を振るう。(殴る、噛みつく、ひっかく、蹴る、唾を吐きかける)	0	1	2	3	4			
23.	理由もなく金切り声を上げる。	0	1	2	3	4			
24.	不適切な性的関係を持つとする。	0	1	2	3	4			
25.	陰部を露出する。	0	1	2	3	4			
26.	衣服や器物を破ったり壊したりする。	0	1	2	3	4			
27.	大便を失禁する。	0	1	2	3	4			
28.	食べ物を投げる。	0	1	2	3	4			