

社会医療法人正和会 介護老人保健施設 湖東老健 利用申込書

<input type="checkbox"/> 入 所	<input type="checkbox"/> 短期入所	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 日( 歳)
住 所	〒 ー	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 〒 ー				
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 <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"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 4段階 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	

入所希望内容	希望理由	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 介護負担軽減 <input type="checkbox"/> 在宅生活継続困難 <input type="checkbox"/> その他(下記へ記入)			
	希望期間	<input type="checkbox"/> 約 ヶ月間 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 未定(下記へ記入)			
	退所後の予定	<input type="checkbox"/> 自宅(住宅改修未・済) <input type="checkbox"/> 他施設利用 <input type="checkbox"/> 未定(下記へ記入)			
	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( )			
	希望理由 その他自由記述				

【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】

居室ネーム	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	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
マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 所持している <input type="checkbox"/> 所持していない <input type="checkbox"/> その他(作成希望)		
新型コロナワクチン接種	<input type="checkbox"/> 経験有( 回目 年 月 日) <input type="checkbox"/> 経験無		
インフルエンザ予防接種	<input type="checkbox"/> 経験有( 月頃) <input type="checkbox"/> 経験無		
予防接種希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
口座引落金融機関	<input type="checkbox"/> 秋田銀行 <input type="checkbox"/> 北都銀行 <input type="checkbox"/> 秋田信用金庫 ※ご家族様の口座も可		

※申込時、介護保険者証(写)の添付をお願いします。

# 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

<b>【身体・精神状況】</b>	※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			