

短期入所療養介護 申 込 書

令和 年 月 日

メディコ阿久比施設長 殿
 介護老人保健施設 メディコ阿久比を利用したく申込ます。

短期入所療養希望者	フリガナ				性別	男・女	
	氏名						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	満	歳
	住所	〒					
電話番号							
申込者 身元引受人	フリガナ				続柄		
	氏名	印					
	住所	〒					
	電話番号	(自宅)				(携帯)	

★連絡先（昼夜必ず連絡がとれるようご記入ください）

	氏名	続柄	年齢	電話番号	住所（略）
1				(自宅) (携帯電話)	
2				(自宅) (携帯電話)	
3				(自宅) (携帯電話)	
4				(自宅) (携帯電話)	

入所希望者が現在おられる場所								
介護保険	申請中	・	要介護	1	2	3	4	5
かかりつけ医療機関	病院名							
担当ケアマネジャー								
本人所得 所得内訳	金額			円/月				
所得内訳	国民・厚生・遺族・その他(例：恩給、有価証券)							

施設ケアアセスメント表（ご家族記入用）

※該当する項目すべてに○でチェックを付けてください

I-6	現在の状況	1. 自宅またはアパート 2. 療養型以外の病院・有床診療所 3. 療養型の病院・有床診療所（介護療養型医療施設） 4. 老人保健施設（介護老人保健施設） 5. 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設） 6. 精神病院 7. ケア付き住宅・有料老人ホーム・グループホーム 8. 1～7以外	
I-7	世帯類型	1. 1人暮らし 2. 高齢者夫婦のみ 3. その他	
I-8	過去5年間で90日以上 の継続した入院・入 所歴	a. 当施設への入所歴 b. 療養型以外の病院・有床診療所 c. 療養型の病院・有床診療所（介護医療型医療施設） d. 老人保健施設（介護老人保健施設） e. 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設） f. 精神病院 g. 上記に該当なし	
I-9	職業歴	主なものを2つまで具体的に記入 _____ _____	
I-10	教育歴 (最終学歴)	1. 未就学 2. 小学校卒 3. 高等小学校・新制中学校卒 4. 旧制中学・新制高校卒 5. 旧制高校・短大卒 6. 大学卒	
II-1	入院・入所 前の生活 (当施設に 限らず、施 設生活を 開始する前1 年間の日常 生活の状況 についてわ かる範囲で 回答してく ださい)	1 日 の 日 課	a. 夜遅くまで起きていた(例：夜9時以降) b. 日中、定期的に昼寝をしていた(1時間以上) c. 1週間に1日以上は外出していた d. 趣味・読書、決められた日々の日課で忙しくしていた e. ほとんどの時間を1人、あるいはテレビを見て過ごしていた f. 屋内は自立して移動していた(補助具の使用を含む) g. 少なくとも1日1回は喫煙していた h. 上記に該当なし
		食 事 習 慣	i. 特別な食生活 j. ほぼ毎日、間食していた k. 少なくとも1週間に1度は飲酒していた l. 上記に該当なし

11-1	入院・入所前の生活 (当施設に限らず、施設生活を開始する前1年間の日常生活の状況についてわかる範囲で回答してください)	日常生活	m. ほとんど1日中、寝間着のままだった n. ほとんど毎晩、トイレに起きていた o. 便の排泄が不規則であった p. 入浴は、シャワーを好んだ q. 晩に入浴するのを好んだ r. 上記に該当なし
		関わり合い	s. 親族や親しい友人と毎日接触があった t. よくお寺や神社に参拝、あるいは教会の礼拝に行っていた u. 信仰をよりどころにしていた v. 毎日動物を相手にしていた、一緒にいた w. グループ活動をしていた x. 上記に該当なし
J4	転倒	a. 過去30日間の転倒 b. 過去31日～180日間の転倒 c. 過去180日間の大腿骨骨折 d. 過去180日間のその他の骨折 e. 上記に該当なし	
M3	褥瘡・潰瘍の既往	過去90日間に治療、または治癒した潰瘍がありますか？ 0. いいえ 1. はい	
N4	一般的に好む活動	a. カード、他のゲーム b. 美術、工芸 c. 運動、スポーツ d. 音楽 e. 読書、執筆（俳句、短歌など） f. 宗教的活動 g. 旅行、買い物 h. 散歩 i. テレビを観る j. 園芸・盆栽 k. おしゃべり l. 他者の手助け m. 上記に該当なし	
O2	新しい処方	過去90日間に新しい処方を受けていますか？ 1. はい 2. いいえ	
Q1	退所の可能性	a. 本人さんは家に戻りたいと言ったり、ほのめかしたりしますか？ 0. いいえ 1. はい	
		b. 自宅介護に協力してくれる介護者はいますか？ 0. いいえ 1. はい	
		c. 短期の入所予定ですか？(90日間の退所が予定されている) 0. いいえ 2. 31～90日 1. 30日以内 3. 退所ははっきりしていない	

(裏面もご記入ください⇒)

Q2	ケアニーズの変化	<p>90日前と比べて、自立状態の変化はありますか？</p> <p>0. 不変</p> <p>1. 改善：援助が減る、ケアによる制限レベルが少なくなる</p> <p>2. 悪化：援助が増える</p>
Q3	社会的支援の存在 (家族・友人)	<p>当施設退所後のご家族・友人等の支援について</p> <p>a. 精神的な支援</p> <p>b. 毎日ではないが、ADL (※1)・IADL (※2) の支援</p> <p>c. 毎日だが、常時でないADL・IADLの支援</p> <p>d. (必要ならば) 常時のADL・IADLの支援</p> <p>e. (必要ならば) 搬送の全部または大部分</p>
<p>(※1) ADLとは？ ⇒起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容等</p> <p>(※2) IADLとは？ ⇒掃除・料理・洗濯・買い物などの家事・交通機関の利用・電話対応などのコミュニケーション・服薬管理・金銭管理など</p>		