

老人保健施設ローランド申込書

※申込時には介護保険証と後期高齢者保険証・介護保険負担割合証・負担限度額認定証（ある方のみ）の
コピーを添付してください。

令和 年 月 日

利用者氏名	ふりがな	男女	生年月日 明・大・昭 年 月 日（ 歳）
利用者住所	〒 電話		
現在の状況	自宅 ・ 病院（ 病院） 施設（ ）・その他（ ）	要介護度（ ） 更新中・区分変更中	負担限度額認定証 1・2・3・4 申請中
居宅介護支援 事業所	電話	担当ケアマネージャー	介護保険負担割合証 1割・2割・3割
保証人 家族（続柄 ） ・ 後見人			
名前	年齢	住所 〒	自宅電話 携帯 勤務先 TEL

支えてくれる 家族 ・ 親族 ・ 知人 ※ 必ず連絡が取れる方からお書き下さい

名前（主介護者）	続柄	年齢	住所 〒	自宅電話 携帯	勤務先 TEL
名前	続柄	年齢	住所 〒	自宅電話 携帯	勤務先 TEL
名前	続柄	年齢	住所 〒	自宅電話 携帯	勤務先 TEL
名前	続柄	年齢	住所 〒	自宅電話 携帯	勤務先 TEL
名前	続柄	年齢	住所 〒	自宅電話 携帯	勤務先 TEL

私の家族・親族 ※記入例を参考にして子、孫ぐらいまでお書きください。同居は囲んでください。

〒

◎ 本人 <記入例>
 □ 男性
 ○ 女性
 ● 死亡
 — 婚姻関係
 × 離婚 ※主介護者は「主」と記入して下さい

諸制度の利用状況

年金	国民年金・厚生年金 遺族年金・障害年金	1ヶ月あたりの合計額 約 円	身障者手帳の 有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 種 級 障害名 ）
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護（担当ワーカー名 ） <input type="checkbox"/> その他			

健康 状 況	現疾患			
	病歴 <small>(おおよその発症 年月も記入)</small>			
	かかりつけ の医療機関	() () ()	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診	<input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期(週/月 回) <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期(週/月 回) <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 定期(週/月 回)
	公害受診	無・有 (病院)	通院頻度	不定期 定期(週/月 回)
	麻痺	無・有 ()	褥瘡	無・有 (箇所)
	拘縮	無・有 ()	便秘	無・有 (服薬:無・有)
予防接種	未・済 肺炎球菌ワクチン (接種 年 月 日)	未・済 インフルエンザ (接種 年 月 日)		

日常生活動作調査 該当するものに○を記入下さい。

生活 状 況	移動	自分で歩行・杖・歩行器・車椅子・シルバーカー	自立・見守り・一部介助・全介助		
	動作	出来ることに○、一部介助△、全介助×をお付け下さい 寝返り・起き上がり・立ち上がり・移乗	身体拘束	無・有 ()	
	食事 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 療養食 []	<主食>普通・お粥・軟飯・トロ粥・ミキサー (箸・スプーン・自助具) <副食>普通・一口大・キザミ・ソフト食・ミキサー <アレルギー> なし・あり ()	食事動作: 自立・見守り・一部介助・全介助 食事場所: 食堂・ベッド上・ベッドサイド <水分>普通・薄トロミ・濃トロミ <エプロン> 必要・不要		
	嚥下	問題なし・ややむせる・むせる	歯科受診	有・無・入所後希望	
	排泄 緩下剤 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 薬名[]	昼) トイレ・ポータブル・尿器・定時介助 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット 夜) トイレ・ポータブル・尿器・定時介助 布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット	自立・見守り・一部介助・全介助 尿意(有・無) 便意(有・無) 自立・見守り・一部介助・全介助 尿意(有・無) 便意(有・無)		
	入浴	一般浴・介助浴・リフト浴・ストレッチャー	自立・見守り・一部介助・全介助		
	口腔ケア	自分で出来る・声掛け誘導で出来る・うがいは出来る・全介助が必要	自歯(上・下)/義歯(上・下)/無		
	衣類の着脱	上衣(自立・一部・全介助) / 下衣(自立・一部・全介助)			
	睡眠	良眠・昼夜逆転・その他	眠剤	無・有(薬名)	
	身体 状 況	視力	普通・見えにくい・見えない	メガネ	普段から使用・必要時のみ・なし
聴力		普通・聴こえにくい・聞こえない	補聴器	無・有(装着管理) 自立・介助	
発語		普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有()・年齢相応	
精神状態		安定・不安定()	行動障害	無・有()	
理解力		普通・分かりにくい・分からない	会話	出来る・時々出来る・出来ない	

出身地は？		兄弟・姉妹は？	
何歳からどんな仕事を？		結婚はいつごろ？子どもは何人？	
尼崎や今の住所に移ったのはいつ？		仕事をやめてからはどんなふうにごろごろしていましたか？	
介護保険サービスを使うきっかけは？		入所を決めた動機は？	
性格は？		趣味・関心・遊びは？	
好きな食べ物は？		苦手な食べ物は？	
牛乳は飲めますか？		会話の理解力は？	
意思やしたい事を伝えることができますか？		時間や場所がわかりますか？	
直前や最近のことを覚えていますか？		昔のことは覚えていますか？	
新聞や本を読めますか？		文章や言葉を書けますか？	
家事や手作業で出来る事がありますか？ (洗濯量みや庭いじり等)		好きなことでずっと続けている事がありますか？	

下記のようなことはありますか？あてはまることがあれば状態をお書き下さい。

- ・ 何度も同じ話をする
- ・ 物やお金を盗られたなどの被害妄想がある
- ・ 状況に合わない話をする（会話がかみ合わない）
- ・ ないものが見えたり聞こえたりする
- ・ 大きな声を出す
- ・ 声かけや介護を拒む
- ・ 気分が落ち込むことがある
- ・ 歩き続けたり、外出すると戻れないことがある
- ・ 一人では危険だが外に出ようとする
- ・ 色々なものを集める
- ・ 弄便（便いじり）やトイレ以外の場所で排泄することがある
- ・ 食べられないものを口に入れる
- ・ その他、伝えておきたいことがありましたら下記にお書き下さい。

プレ・インタビュー・シート

利用者氏名

当施設の利用を希望される目的を、該当するものすべてに○印をつけて下さい。

又、特に施設に伝えておきたいことがあれば具体的に記述欄にお書き下さい。

ご本人

利用希望サービス：施設入所 通所リハビリテーション（デイケア）

- 1.今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい
 - 2.その支障は、身体機能に困難なことがあるから
 - 3.その支障は、認知機能に困難なことがあるから
 - 4.その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから
 - 5.その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから
 - 6.一つ二つではなく、いろいろな理由から
 - 7.ほかの人に勧められたから
 - 8.とにかく在宅での介護をしていくのが無理だから
 - 9.その他()
- ※記述欄

ご家族

利用希望サービス：施設入所 通所リハビリテーション（デイケア）

- 1.今の時点では自宅の生活に支障があるのでサービスを利用したい
 - 2.その支障は、身体機能に困難なことがあるから
 - 3.その支障は、認知機能に困難なことがあるから
 - 4.その支障は、介護している人やご家族が困難を感じているから
 - 5.その支障は、家の中の段差などの構造によるものだから
 - 6.一つ二つではなく、いろいろな理由から
 - 7.ほかの人に勧められたから
 - 8.とにかく在宅での介護をしていくのが無理だから
 - 9.その他()
- ※記述欄

サービスを利用することで、どのような目標を達成できればよいとお考えですか？

また施設にどのような要望がありますか？

例えば「車椅子からトイレの便器へ自力で乗り移りが出来るようになりたい・・・」「夜は眠れるように生活のリズムを整えたい・・・」「今よりは少しでも介助の負担が軽減できれば・・・」などと言う様な事です。

<ご本人の思い>

<ご家族の思い>

ご自宅の間取りや広さ、庭や近隣の様子がわかる見取り図をお描き下さい。（※段差には▲印を記入）
 大まかなことがわかれば結構です。（※記入が大変ならば無理してまでご記入頂く必要はありません。）
 ※持家 賃貸 公営 エレベーターあり なし

お書きいただいた方のお名前

続柄：

記入日：

年 月 日