

介護医療院 洛和ヴィラよつば 申込書

入所者様氏名	(フリガナ) _____ 様		
入所者様生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 ( 歳)
入所者様住所	〒 _____		
要介護認定の状況	要介護	認定日	年 月 日
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
区分変更について	申請中・無	認定調査予定日	年 月 日

申込者および家族様の連絡先

連絡先 ①

(フリガナ)	続柄	連絡先
_____ 様		(携帯)
住所	〒 _____	

連絡先 ②

(フリガナ)	続柄	連絡先
_____ 様		(携帯)
住所	〒 _____	

現在の状況

食事	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻	摂取量		<input type="checkbox"/> 自立/ <input type="checkbox"/> 介助
	内容			
	胃瘻情報	種類(タイプまたは品名)	・サイズ	Fr 長さ cm
排尿状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル			
排便状況	<input type="checkbox"/> ( 回/ 日) 薬剤( ) <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 座薬			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭			
移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他			
自立度	J(1)・J(2)・A(1)・A(2)・B(1)・B(2)・C(1)・C(2)			
認知度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	難聴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 どの程度( )	
意思の疎通	<input type="checkbox"/> ほとんど通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> 不可	酸素	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 薬剤( )	吸引	<input type="checkbox"/> 有 ( 回/日) <input type="checkbox"/> 無	
身長・体重	身長 cm 体重 kg	抑制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	行動障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
新型コロナワクチン	接種歴 有・無 接種回数 回			
特記事項	例) 支払いの滞納、KPの問題行動・トラブル等、その他			
添付書類	診療情報提供書・サマリー(仮でも可)・ADL表・感染(血液)データ ← FAX送信をお願いします。			