

さとうトータルケアNEXUS グループホームえんなり 予約申込票

記載日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢	歳
要介護度		有効期限	H . . . . . ~ H . . . . .					
住所				電話番号				
キーパーソン		続柄		連絡先				
主病名				年	月	日		
				年	月	日		
				年	月	日		
入院・入所歴								
現在の状況	<input type="checkbox"/> 入院中( ) 担当MSW( ) <input type="checkbox"/> 入所中( ) 担当相談員( ) <input type="checkbox"/> 在宅 担当介護支援専門員( ) 利用サービス( )							
入所目的								
医療状況	<input type="checkbox"/> 酸素吸入 リットル <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位: ) <input type="checkbox"/> 吸痰(頻度 回 / 日・時間) <input type="checkbox"/> 人工( <input type="checkbox"/> 肛門 / <input type="checkbox"/> 膀胱 ) <input type="checkbox"/> 褥創(部位: 程度: 薬剤: ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル 経管栄養内容: ) <input type="checkbox"/> インシュリン( )							
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA( ) 検査日 / 部位( ) <input type="checkbox"/> HCV ( ) 検査日 / <input type="checkbox"/> ( ) 検査日 /							
認知面	<input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 理解力(無) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> うつ傾向 特記事項( )							
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 一部可能 <input type="checkbox"/> 不可能( )							
移動	歩行( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩き) 車椅子( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 歩行器 移乗( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ベット上の可動( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助)							
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事形態: 食事内容: )							
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助) 特記事項( )							
社会資源	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(有・無) ( )級 障害名( ) <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証対象者( 1段階 2段階 3段階 )							
家族構成				処方内容				