

記入日： 年 月 日

介護老人保健施設おおひら

利用者情報提供書

利用者	ふりがな 氏名	男・女				
	生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
	住所				電話	- -
保証人	ふりがな 氏名				続柄	
	住所				電話	- -
緊急連絡先	氏名	① 氏名と続柄をお願いします			② 氏名と続柄をお願いします	
	住所					
	電話番号	(自宅)	-	-	-	-
		(携帯)	-	-	-	-
同居家族	氏名	年齢	続柄	職業	主介護者	備考
	同居の方また、独居の場合は保証人になられる方の家族の記入をお願いします。					
経過	当所申込みまでの入院・入所・生活経緯などご記入ください。					家族構成
	(例)H〇年〇/〇、自宅玄関にて車椅子より転倒。〇〇病院へ救急搬送し右大腿骨骨折と診断。入院し〇/〇手術施行。その後リハビリの為現病院(現病棟)へ転院する。入院期日〇/〇となり申込みする。					
生活歴	「生育歴」、「学歴」、「職歴」、「結婚歴」など記入					
	(例)〇〇市〇区にて7人姉妹の5女として生まれる。高校卒業後役所に勤めていた時、現在の夫と結婚一男をもうける。結婚後は子育てに専念し、専業主婦を務める					
介護保険情報	要介護区分	要支援・要介護() 認定中				
	認定日/期間	年 月 日 / 年 月 日 ~ 年 月 日				
	ケアマネージャー	居宅支援事業所 担当ケアマネージャー				
	標準負担額減額	受けている(段階) 受けていない				
	利用している介護サービス	受けている場合、もしくは受ける予定がある場合は、必ず記入してください				
その他情報	主治医					
	受給者証	身体障害者手帳 有・無 その他()				
	年金					

おわかりになる範囲で下記の項目にご記入、またはあてはまる点数欄を○で囲んでください。

項目	点数	状態
1 車椅子からベッドへの移動	15点	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)
	10点	軽度の部分介助または監視を要する
	5点	座ることは可能であるがほぼ全介助
	0点	全介助または不可能
2 歩行	15点	45m以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず
	10点	45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
	5点	歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能
	0点	上記以外
3 食事	10点	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える(30分以内)
	5点	一部介助(直接監視必要・最終摂取介助必要など)
	0点	全介助
	形態	(主食) お粥・軟米飯・米飯 (副食) 常食・一口大・キザミ・ミキサー) / 経管栄養 制限 カロリ: (Kcal) 塩分: (g) 蛋白(g) その他:
4 トイレ動作	10点	自立(衣服の操作、後始末を含む)
	5点	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0点	全介助または不可能
排泄	対応	昼: 誘導 or オムツ 夜: 誘導 or オムツ Pトイレの使用 あり(昼、夜、全日)・なし 布パンツ・紙パンツ+パッド / オムツ
5 排尿・排便	10点	失禁なし尿便意あり、伝えることができる。(ナースコール使用含む)
	5点	失禁あり尿便意曖昧、訴えることができない。
	0点	上記以外
6 入浴	10点	自立(浴槽に介助なしに入れる)
	5点	一部介助(浴槽出入りに介助が必要)
	0点	全介助(個浴・機械浴)
7 着替え	10点	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	一部介助、協力動作あり、半分以上は自分で行える
	0点	上記以外
8 整容	10点	自立(洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り)
	5点	一部介助、協力動作あり、半分以上は自分で行える
	0点	上記以外
9 認知	10点	日付や現在の居場所、受傷など様々な経緯など答えられる。
	5点	複雑な内容は困難だが、名前・生年月日など自分の事は正しく答えられる。
	0点	上記以外
10 コミュニケーション	10点	様々な人とコミュニケーションが取れる。(成立する)
	5点	簡単な会話の理解と返答ができる
	0点	上記以外
11 医療	病歴	これまでにかかった病気や手術などの記録を記入してください。 (例)H20.高血圧 / H23.脳梗塞 / H24.アルツハイ
	薬	※処方情報があればコピー添付可
	その他	受診継続中の病気や受診予定などありましたらご記入ください

申込み時点でのご本人の様子をご記入ください。

(記入者)

(関係・続柄)