

別表1 亀楽荘短期入所生活介護 利用申込書

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

申込者（連絡先）

住 所	〒	電話番号	
氏 名		続 柄	

短期入所生活介護（亀楽荘）を利用したいので、次の通り申し込みます。

利用希望者	ふりがな				性 別	明治	年	月	日	
	氏 名				男・女	大正	昭和	（	日生れ 歳）	
	現住所	〒	—			TEL	—	—		
	介護保険	保険者 番号				被保険者番号				
		認定日	介護度		有効期間					
				～						
健康状態	【現在治療中の傷病名】									
介護者及び家族の状況	ふりがな				性 別	大正	年	月	日	
	氏 名				男・女	昭和	平成	（	日生れ 歳）	
	住所	〒	—							
	電話番号				携帯電話					
		<input type="checkbox"/> 同居		<input type="checkbox"/> 別居		続 柄				
	家族構成 ※同居の方は○を付けてください	※	氏名	続柄	年齢	住 所	電話番号			
特記事項（利用希望の理由、介護をする上で困っていることなど）										
担当ケアマネジャー	氏 名				連絡先					
	事業所名									
かかりつけ医療機関	病院名	（主治医）								
	電話番号									

別表2 対象者状況票

生活歴	出生（場所、兄弟家族等）…					
	学歴…					
	職歴…					
	結婚歴…					
	子供…					
	病歴…					
	その他（趣味・習慣・性格等）…					
身体 の 状 況	手	<input type="checkbox"/> 自由	<input type="checkbox"/> 少し自由	<input type="checkbox"/> ほとんど不自由	<input type="checkbox"/> 不自由	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける <input type="checkbox"/> 介助すれば歩ける <input type="checkbox"/> 歩けない 補助器具： <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 体幹	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大きい字なら見える	<input type="checkbox"/> 物の輪郭程度なら見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや大声で聞える	<input type="checkbox"/> 大声で聞える	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる	<input type="checkbox"/> 少し困難	<input type="checkbox"/> かなり困難	<input type="checkbox"/> 話せない	
生活 の 状 況	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 介助すればできる	<input type="checkbox"/> できない		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 介助すればできる	<input type="checkbox"/> できない		
	排泄場所	<input type="checkbox"/> 便所	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> オシメ	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
	睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる	<input type="checkbox"/> 時々眠れない	<input type="checkbox"/> ほとんど眠れない（眠剤の有無 有 ・ 無 ）		
	歯	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯（ 上 ・ 下 ） <input type="checkbox"/> なし				
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部手伝う	<input type="checkbox"/> すべて手伝う	必要時間	分程度
	食事方法	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> ごはん	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> その他	副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> きざむ
	喫煙	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 喫煙暦あり（ 頃まで）		<input type="checkbox"/> 有（ 本／日）	
	飲酒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 飲酒暦あり（ 頃まで）		<input type="checkbox"/> 有（酒・焼酎・ビール 程度）	
行動	<input type="checkbox"/> 特に変わったことはない		<input type="checkbox"/> 注意が必要	<input type="checkbox"/> 常時目が離せない		
集団生活	<input type="checkbox"/> 集団生活可能		<input type="checkbox"/> 家族以外にもなじみやすい	<input type="checkbox"/> 家族以外にはなじまない		
精神 状 況	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（軽度・中度・高度） ※ 別表3 をご記入ください				
	精神疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） ※ 医師の診断を受けている方は 疾病名を記入してください				
介護上の 留意事項	【介護をする上で気をつけて欲しいことなど】					

別表3

行動について、当てはまる項目をチェックしてください。(出来るだけ正確に記入してください)

①	物を取られたなどと被害的になることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
②	作り話をし周囲に言いふらすことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
③	実際にはないものが見えたり、聞えたりすることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
④	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑤	夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑥	暴言や暴行がある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑦	しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑧	大声を出すことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑨	助言や介護に抵抗することがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑩	目的も無く動き回ることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑪	「家に帰る」等と言い落ち着きが無いことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑫	外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑬	1人で外に出たがり目が離せないことがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑭	色々なものを集めたり、無断で持ってくることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑮	火の始末や火元の管理が出来ないことがある。(火の始末や火元の管理が必要ない場合は「ない」をチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑯	ものや衣類を壊したり、破いたりすることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑰	食べられないものを口に入れることがある。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑱	ひどい物忘れ。(直前の会話を忘れる)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある
⑲	その他()	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある