記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性　別 | 生年月日 | 年　齢 |
| 男・女 |  | 歳 |
| 住　 所 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 保険種別 | □国民健康保険　□社会保険　□マル福　□特定疾患受給者証　□生活保護 | | | |
| 入院目的 | □リハビリ継続　□サービス調整　□療養　□レスパイトケア  □その他： | | | |
| 希望する  入院期間 | (　　　　　　)日間  ※地域包括ケア病棟の入院期間は最大60日までとなります。 | | | |

＜診療状況＞

|  |  |
| --- | --- |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | □自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | □自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M |
| かかりつけ医 |  |
| 現病歴・既往歴 |  |

＜ADL状況＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食　事 | 形　態：□常食　□全粥　□ミキサー食  　　　　□経鼻経管栄養  介助量：□自立　□一部介助　□全介助 |  |
| 移　動 | □歩行(歩行補助具：　　　　　　　　　　　)  □普通型車椅子　□リクライニング型車椅子  □ストレッチャー |  |
| 整　容 | □自立　□一部介助　□介助 |  |
| 排　泄 | □トイレ　□ポータブルトイレ　□オムツ  □尿道留置カテーテル　□ストマ  介助量：□自立　□一部介助　□介助 |  |
| 更　衣 | □自立　□一部介助　□介助 |  |
| 入　浴 | □自立　□一部介助　□介助  □入浴無(サービス利用) |  |
| 意思疎通 | □問題なし　□時々可能　□困難 |  |
| 認知症の  有　 無 | □無　□有  ※暴言や暴力・徘徊行動など周辺症状がある場合は、  右記に記入して下さい。 |  |
| 医療処置 | □無　□有  ※有の場合、下記項目にチェックして下さい。  □経鼻胃管　□胃瘻　□喀痰吸引  □褥瘡　□尿道留置カテーテル  □在宅酸素(　　L)　□インスリン  □その他： |  |

＜家族状況・介護保険状況＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家族構成 | ※同居を○で囲んで下さい。 | キーパーソン・主介護者 |
|  |
| 介護保険 | □要支援1　□要支援2  □要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5 | |
| 担当ケアマネージャー  事業所名：  担当者名： | |
| ※利用しているサービスにチェックして下さい。  □訪問介護　□訪問入浴　□訪問リハビリ　□訪問看護  □通所サービス　□短期入所　□福祉用具貸与 | |