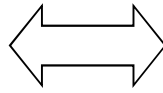



事業所番号
事業所名
担当者名
TEL
FAX



介護老人福祉施設ローズガーデン甲子園	
〒663-8179 西宮市甲子園九番町10-50	
	TEL 0798-81-5037
	FAX 0798-81-5031
事業所番号 2870907025	

ショートステイ予約申込書

記入日	平成 年 月 日	性別	介護度	介護認定有効期間	
フリガナ		男		平成 年 月 日 ~	
利用者氏名	(歳)	女		平成 年 月 日まで	
利用者住所 連絡先	Tel: ()				
利用希望日	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		(日間)		
	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		(日間)		
	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		(日間)		
	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		(日間)		
送迎	施設(行・帰) 家族(行・帰)	当施設利用	<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 2回以上	
補装具	車椅子(個人・施設) 歩行器(個人・施設)		その他()		
備考					

返信欄	返信日時	月 日 ()	時 分	FAX送信者
<input type="checkbox"/> 上記の日程で予約を承りました。 <input type="checkbox"/> 提供票の提出をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 下記の日程であればお受けできます。				
利用可能日	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		(日間)	
	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		(日間)	
	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		(日間)	
	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()		(日間)	
備考				

※ 予約申込みは利用日の前々月の1日にFAXで受付いたします。

対象者ADL等状況票

(フリガナ)

対象者氏名

記載日 平成 年 月 日

被保険者番号

項目	ADLの状況	特記事項
麻痺等の有無	1.ない 2.左上肢 3.右上肢 4.左下肢 5.右下肢 6.その他	
関節可動制限域	1.ない 2.肩 3.肘 4.股 5.膝 6.足 7.その他	
動作	1.立ちたり座りたりできる(自分で・介助) 2.座位を保てる(自分で・もたれて) 3.全く起き上がれない	
歩行	1.自立 2.つかまれば可(杖・柵器・手すり) 3.一部介助 4.不可	
入浴	1.自立 2.なんとか自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助	
排泄 昼間 夜間	1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おむつ 4.全面介助 1.自立(トイレ・ポータブル) 2.一部介助 3.おむつ 4.全面介助	
食事	1.自立 2.なんとか自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助 (内容 1.普通食 2.粥食 3.さざみ食 4.流動食 5.経管栄養)	
整容(更衣・洗面等)	1.自立 2.なんとか自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助	
家事全般	1.自立 2.なんとか自立 3.一部介助 4.かなり介助 5.全面介助	
言語	1.日常会話に不自由はない 2.少し話せる 3.単語程度しか話せない 4.話せない	
聴力	1.普通 2.大体聞こえる 3.大きな声なら聞こえる 4.耳元なら聞こえる 5.聞こえない	
視力	1.普通 2.1mで見える 3.目の前で見える 4.見えない 5.不明	
睡眠	1.よく眠れる 2.普通 3.眠れない 睡眠剤(有り・無し)	
褥瘡	1.あり(部位) 2.なし	
障害老人日常生活自立度	正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
痴呆性老人日常生活自立度	正常 I II a II b III a III b IV M	

サービス提供上の留意点

--

今回の状況票の送付・情報の提示に際しましては、
要介護者等より情報提供同意書への同意をもって
提供させていただいております。つきましては、情報
の取扱いに十分なご配慮をお願い致します。

依頼日	年 月 日
事業所	
事業所番号	
担当	
電話	
FAX	

診療情報提供書

医療機関名

平成 年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

印

ふりがな			連絡先 〒	—	
氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)		TEL.	()	
傷病名					
経過・現症状及び加療内容					
投薬内容					
血液検査	実施日	年	月	日	身長
					cm
					体重
					kg
白血球	総コレステロール		疥癬	+	-
赤血球	尿素窒素		HBs抗原	+	-
ヘモグロビン	クレアチニン		HCV抗体	+	-
ヘマトクリット	尿酸		Wa氏	+	-
血小板	K		血圧	/	
血清蛋白	Na		検尿	・蛋白	
アルブミン	空腹時血糖			・糖	
A S T	HbA1c			・ウロビリノーゲン	
A L T	C R P				
中性脂肪					
レントゲン結果 所見	異常なし 異常あり		※ ありの場合は写真を添付してください		
心電図結果 所見	異常なし 異常あり		※ ありの場合は心電図を添付してください		
行動障害	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他()				
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()				
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
要介護度	申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5				
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成	年	月	日
介護上の注意事項：					

《 アンケート用紙 》

わかる範囲で結構ですので、□にチェック及び空欄にご記入ください。

1. ご利用者について

○氏名 _____ ○身長 _____ cm ○体重 _____ kg

2. 相談者について

○氏名 _____ (続柄 : _____) (年齢 : _____ 歳)

○住所 _____ ○電話番号 _____

3. 利用中の緊急連絡先について

※利用に際しお問い合わせをさせて頂くこともございますので、必ずご記入下さい。

① 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

② 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

4. 同居されていないご親族について (上記3以外の方)

※お子様、もしくはお近くでお世話していただいているご親戚の方等をご記入下さい。

① 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

② 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

5. 既往歴について ※今までにかかった病気やけがについてご記入下さい。

その病気、けがで手術をされた場合は、□にチェックをして下さい。

① 病名 _____ 発症時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 □ 手術をした

② 病名 _____ 発症時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 □ 手術をした

③ 病名 _____ 発症時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 □ 手術をした

6. 現在服用されている薬名をご記入下さい。

(_____)

7. 現在の状況について ※現在のご本人様の状況で、該当する□にチェックをして下さい。

- 入院中 病院名 _____
入院された日 _____年 _____月 _____日 退院予定日 _____年 _____月 _____日
- 施設入所中 施設名 _____
入所された日 _____年 _____月 _____日 退所予定日 _____年 _____月 _____日
- 自宅療養中

8. 在宅サービスの利用状況について

※ご利用になられたことがあるサービスにチェックをして下さい。

- ショートステイ ディケア デイサービス 訪問介護 訪問看護
 訪問入浴 福祉用具レンタル・購入 訪問リハビリ 住宅改造

9. 現在のお体の状況について ※該当すると思われる数字を○で囲んで下さい。

<移動方法について>

- 1 一人で歩くことができる。
- 2 手すり等があれば、一人で歩くことができる。
- 3 杖を使って一人で歩くことができる。
- 4 手を引いてもらったり、そばに付き添ってもらいと歩くことができる。
- 5 歩行器を使って一人で歩くことができる。
- 6 車椅子に乗って、自分でこいで移動できる。
- 7 車椅子に乗って、介助される方が押して移動している。
- 8 目が不自由なため、配慮が必要である。

<日中の様子について>

- 1 ほとんどベッド（布団）で過ごし、食事の時も横になっている。
- 2 ほとんどベッド（布団）で過ごし、食事の時だけ座っている。
- 3 寝ていることが多い。
- 4 椅子等で、2～3時間座って過ごしている。
- 5 椅子等で、5～6時間座って過ごしている。
- 6 一人で過ごすことは、不安である

<夜間の様子について>

- 1 朝まで、ぐっすり眠っている。
- 2 眠りは浅いが、朝まで眠っている。
- 3 排泄のため、何度か目が覚める。
- 4 寝つきが悪い。
- 5 眠れず、起きていることがある。

<可能な動作について>

- 1 自力で寝返りはできない。
- 2 自力で寝返りはできる。
- 3 寝た状態から、ベッドの柵等をもって起き上がりができる。
- 4 ベッドに腰をかけて足を床に下ろし座ることができる。(ベッド上端座位ができる)
- 5 ベッドから自力で立ち上がることができる。
- 6 ベッドから自力で立ち上がることができるが、不安定である。
- 7 介助があればベッドから立ち上がることができる。
- 8 背もたれがない状態で座ることができる。
- 9 背もたれがあれば、座ることができる。
- 10 リクライニングの車椅子でなければ座ることはできない。

<食事について>

- 1 普通食 2 一口サイズ食 3 刻み食 4 ミキサー食
- 5 口から食事はとれず、鼻から管を入れ（経管栄養）栄養補給をしている。
- 6 口から食事はとれず、胃に直接、管を入れ（胃ろう）栄養補給をしている。

<食べる動作について>

- 1 一人で食べる。
- 2 自分で食べるが、よくむせる。
- 3 自分で食べるが、時間がかかる。(30分以上)
- 4 一部食べさせてもらう。
- 5 すべて食べさせてもらう。
- 6 食べさせてもらうことがほとんどで、よくむせる。

<朝食について>

- 1 パン食
- 2 米飯
- 3 こだわりはない。

<排泄について>

- 1 自分でトイレへ行って排泄する。
- 2 自分でトイレへ行くが、オムツ・パッド使用している。
- 3 何らかの介助は必要であるが、トイレへ行って排泄する。
- 4 尿意はあるが、オムツ等にて排泄する。
- 5 尿意はなく、オムツ等にて排泄する。

<着替えについて>

- 1 自分で着替える。
- 2 声かけすると、自分で着替える。
- 3 一部手伝うと、自分で着替える。
- 4 全面的に手伝いが必要である。

<清潔について>

- 1 自分で歯磨きができる。
- 2 少し手助けがあれば、歯磨きができる。
- 3 自分で洗顔ができる。
- 4 少し手助けがあれば、洗顔ができる。
- 5 うがいができる。
- 6 少し手助けがあれば、うがいができる。
- 7 顔を自分で拭くことができる。
- 8 少し手助けがあれば、顔を拭くことができる。

10. ご家族様の困っている事や、施設生活をしていただく上で配慮すべき事がございましたらご記入下さい。

多くの質問にお答え頂きありがとうございました。アンケートの内容でご不明な点については空欄で結構です。尚、頂戴しました個人情報については当施設を御利用頂くためにのみ使用されるものであり、それ以外の目的に使用されることはございません。

社会福祉法人豊中福祉会 ローズガーデン甲子園