湘南グリーン介護老人保健施設　上郷

利用申込書（ デイケア ・ 短時間デイ ）

年　　月　　日

ふりがな		性 別	要介護度	負担割合
ご利用者名		男・女		
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　　歳			
現住所	〒 電話　（　　）			
①ご家族等連絡先	ふりがな		年 齢	続 柄
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話　（　　）　／ 携帯　（　　）			
	勤務先名　　電話　（　　）			
②ご家族等連絡先 ※①とは別世帯	ふりがな		年 齢	続 柄
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話　（　　）　／ 携帯　（　　）			
	勤務先名　　電話　（　　）			
部屋の希望	□ 4人部屋　　□ 2人部屋　　□ 個室			
退所後の方針				
ケアマネージャー	事業所名 事業所番号 ふりがな 氏 名 電話　（　　）　／ FAX　（　　）			
申込み前の状況	６ヶ月前 ３ヶ月前 １ヶ月前			

メ モ(デイケア相談経緯や希望曜日　等)

日常生活動作(ADL)調査票 の 記入方法

≪ご本人様が現在行える動作・内容について、
当てはまる箇所に“○”(頻度が“ときどき”の場合は“△”)
をご記入ください。≫

有・ときどき・無 について

有　　:よく有る状態。だいたい、1週間に1回以上有る場合。
ときどき　:ときどき有る状態。だいたい、1ヶ月に1回以上有る場合。
無　　:ほとんど無い状態。過去1ヶ月の間に1回も無い場合。

レベル(自立・一部介助・全介助)について

自立　　:セッティング(用意すれば)・声かけなど行えば、だいたいご自分で行える場合。
☆一部介助　:ご自分でも行なえる部分はあるが見守りや直接介助が必要な場合。
全介助　　:その動作に対し全面的に介助が必要な場合。

☆ 一部介助に当てはまる場合は、備考欄に必要な介助内容をご記入ください。

例)　食事 ・多少食べこぼしがあっても召し上がる動作が可能であれば自立。
・時間がないので介助してしまうがゆっくりでもご自分で召し上がれる場合は自立。
・一気に召し上がりむせてしまうので少しずつ分けて提供する場合は一部介助。

更衣 ・準備しておけば着替えられる場合は自立。
・着る順番がちぐはぐで一つずつ手渡しする場合は一部介助。

内容について

該当する場合は( )内の空欄にもご記入ください。その他気になる点などございましたら空欄や備考欄にご記入ください。

食事 :『粥』は、全粥、3分・5分粥などを含みます。詳細は備考欄にご記入ください。
:『一口大』は食べやすい大きさにほぐしたり、一口大にカットする。『ミジン』は細かいみじん切りです。その他の工夫などは、備考欄にご記入ください。
:『食欲』は、ときどき・無の場合、普段どのくらいの量を召し上がれるのか全体の『何割』くらいとご記入ください。

入浴 :『中間浴』は、リフト浴やチェア浴・シャワー浴と呼ばれる中間的な入浴方法です。詳細や工夫は備考欄にご記入ください。

意思疎通について

言葉による会話が可能であれば『普通』。会話に工夫が必要であれば『困難』で具体的な様子・方法をお書きください。

困難の例) ・言語障害があり、筆談による会話が必要な場合。“言語障害あり。会話は筆談。”
・痴呆症状による場合。“その場の受け答えのみ”“痴呆重度の為、疎通困難”

行動について

当てはまる行動がある、又はそれ以外の行動がある場合は、具体的な様子にご記入ください。

不潔行為　:オムツはずしや便をさわる行為。放尿や放便も含まれます。
昼夜逆転　:昼間寝ていて夜起きている逆転傾向の状態。夜間不眠も含まれます。
異食　　:食べられないものを口に入れる行為。

※ その他、お気づきの点などございましたらご記入ください。

日常生活動作(ADL)調査票

【湘南グリーン介護老人保健施設　上郷】

年　月　日

ご利用者　　様　要介護度　　ご記入者　　様

負担割合　　(続柄・職種　　)

項目	レベル			内容	備考
食事	自立	一部介助	全介助	形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養　) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー　) むせ込み(有・無)　食欲(有・無　割) 治療・禁止食(　) 使用具(箸・スプーン・その他『　』)	
移動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
移乗	自立	一部介助	全介助		
立位保持	自立	一部介助	全介助		
座位保持	自立	一部介助	全介助		
寝返り	自立	一部介助	全介助		
排泄	日中 自立	一部介助	全介助	トイレ　ポータブルトイレ　尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
	夜間 自立	一部介助	全介助	トイレ　ポータブルトイレ　尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーンカテーテル　ストマ 尿失禁(有・無)　便失禁(有・無) 尿　意(有・無)　便　意(有・無)	
入浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
更衣	上衣 自立	一部介助	全介助		
	下衣 自立	一部介助	全介助		

意思疎通	普通　・　困難(具体的な様子:　)
視力障害	無　・　有(具体的な様子:　)
聴力障害	無　・　有(具体的な様子:　)

認知症	無　・　有(具体的な様子:　)

行動	徘徊	帰宅願望	介護拒否	大声・奇声	妄想・幻覚	暴力・暴言	不潔行為	昼夜逆転	性的行為	異食	盗食	収集行為
	具体的な様子と頻度											

既往歴 等 その他に何かございましたらご記入下さい	
	身体拘束　(有・無) 皮膚疾患　(有・無)

健 康 診 断 書

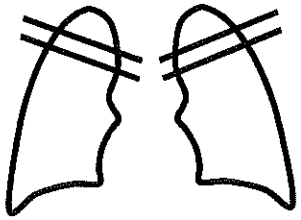
(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏　名		男 女	生年月日　明治・大正・昭和 年　月　日(　歳)
住　所	TEL		

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長　cm)(体重　kg)(血圧　/　mmHg)(脈拍　回/分)

検査所見 【検査日　年　月　日】			胸部レントゲン 【撮影日　年　月　日】
尿	蛋白	－　±　＋	所見
	糖	－　±　＋	
	潜血	－　±　＋	
感染症	ＨＢｓ	抗原精密　－　＋	
	ＨＣＶ	抗　体　－　＋	
	疥癬	－　＋　部位(　)	異常あり・異常なし

皮膚疾患(含褥瘡)	無・有(　)	結核の既往	無・有　(　歳)
アレルギー(食物・薬)	無・有(　)	視力 障害	無・有(　)
麻痺	無・有(　)	聴力 障害	無・有(　)
拘縮	無・有(　)	言語 障害	無・有(　)

特記事項

上記のとおり、診断いたします。

年　月　日

医療機関名

所在地

医師氏名　　印