

医療法人瑞心会 老人保健施設サンバーデン  
 施設長 殿

# 利用申込書

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

■以下の内容についてご記入、☑チェックをお願いいたします。 敬称略

利用希望者 (利用者)	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名					<input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生(満)	歳
	住所	〒				
	電話番号	自宅	<input type="checkbox"/> なし	携帯		

申込者	ふりがな				希望者との 関係・続柄	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	
	住所	〒				
	電話番号	自宅	<input type="checkbox"/> なし	携帯		

第一連絡先	<input type="checkbox"/> 申込者に同じ(申込者と同じ場合は、下記の記入は不要です)					
	ふりがな				希望者との 関係・続柄	
	氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	
	住所	〒				
	電話番号	自宅	<input type="checkbox"/> なし	携帯		

第二連絡先	<input type="checkbox"/> 申込者に同じ(同じ場合、下記の記入は不要です)					
	ふりがな				希望者との 関係・続柄	
	氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	
	住所	〒				
	電話番号	自宅	<input type="checkbox"/> なし	携帯		

■わかる範囲でご記入をお願いいたします。

### 世帯状況・医療・介護

現状	<input type="checkbox"/> 在宅（ <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 配偶者のみ <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所（居）中 （施設名： _____ ） 階	退院・退所 予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ / ）頃 まで
所得	年金： <input type="checkbox"/> 国民（基礎） <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 年間約 _____ 円 （ _____ ）		
かかりつけ医療機関	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 入院中と同じ （医療機関名： _____ ）	主治医	
居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー	
要介護状態区分等	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2		
介護保険負担割合	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> 新規申請中		

### 事前アセスメント

ADL	・食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・椅子とベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 監視下	<input type="checkbox"/> 座れるが移れない <input type="checkbox"/> 全介助
	・整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・平地歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 歩行器等使用	<input type="checkbox"/> 車椅子操作が可能 <input type="checkbox"/> 全介助
	・更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	・排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
身長	_____ cm	体重	_____ kg	
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養			
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 超きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー）			
食事摂取量	全体（ _____ ）% 主食（ _____ ）% 副食（ _____ ）%			
とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
義歯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ・出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話しかける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔がみられる <input type="checkbox"/> 反応がない			
認知症の診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体型 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

生活・認知機能尺度

①- 1	<p><b>身近なもの（たとえば、メガネや入れ歯、財布、上着、鍵など）を置いた場所を覚えていますか</b></p> <p>※介護者が一緒に探しているなど、一人で探す様子が分からない場合は、もし一人で探すとしたらどうかを想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>常に覚えている</p> <p>たまに（週1回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる</p> <p>思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある（思い出せることと思い出せないことが同じくらいの頻度）</p> <p>きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない</p> <p>忘れたこと自体を認識していない</p>

①- 2	<p><b>身の回りに起こった日常的な出来事（たとえば、食事、入浴、リハビリテーションや外出など）をどのくらいの期間、覚えていますか</b></p> <p>※最近1週間の様子を評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>1週間前のことを覚えている</p> <p>1週間前のことは覚えていないが、数日前のことは覚えている</p> <p>数日前のことは覚えていないが、昨日のことは覚えている</p> <p>昨日のことは覚えていないが、半日前のことは覚えている</p> <p>全く覚えていられない</p>

②	<p><b>現在の日付や場所等についてどの程度認識できますか</b></p> <p>※上位レベルのことが下位レベルのことが両方でき、上位と下位の間の項目ができない場合には、上位レベルのほうを選び回答してください 例：1と3に該当し、2に該当しない場合⇒1を選択する</p>
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>年月日はわかる（±1日の誤差は許容する）</p> <p>年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる</p> <p>場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる（家族であるか、介護者であるか、看護師であるか等）</p> <p>その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる</p> <p>自分の名前がわからない</p>

③	<p><b>誰かに何かを伝えたいと思っているとき、どれくらい会話でそれを伝えることができますか</b></p> <p>※「会話ができる」とは、2者の意思が互いに疎通できている状態を指します</p>
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>会話に支障がない（「〇〇だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をするができる）</p> <p>複雑な会話はできないが、普通に会話はできる（「〇〇だから、××である」といった2つ以上の情報がつながった話をするとはできない）</p> <p>普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる（「痛い」「お腹が空いた」などの具体的な要求しか伝えられない）</p> <p>会話が成り立たないが、発語はある（発語はあるが、簡単な質問に対して適切な回答ができなかったり、何を聞いても「うん」とだけ答える）</p> <p>発語がなく、無言である</p>

④	<p><b>一人で服薬ができますか</b></p> <p>※服薬していなかったり、介護者が先に準備しているなど、実際の服薬能力が分からない場合は、一人で服薬する場合を想定して評価してください</p>
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<p>自分で正しく服薬できる</p> <p>自分で用意して服薬できるが、たまに（週1回程度）服薬し忘れることがある</p> <p>2回に1回は服薬を忘れる</p> <p>常に薬を手渡しすることが必要である</p> <p>服薬し終わるまで介助・みまもりが必要である</p>

裏面あり

**一人で着替えることができますか**

- ⑤ ※まひ等により身体が不自由で介助が必要な場合は、障害がない場合での衣服の機能への理解度を想定して評価してください

- 5 季節や気温に応じた服装を選び、着脱衣ができる  
 4 季節や気温に応じた服装選びはできないが、着る順番や方法は理解し、自分で着脱衣ができる  
 3 促してもらえれば、自分で着脱衣ができる  
 2 着脱衣の一部を介護者が行う必要がある  
 1 着脱衣の全てを常に介護者が行う必要がある

**テレビやエアコンなどの電化製品を操作できますか**

- ⑥ ※テレビが無い場合は、エアコンで評価してください いずれもない場合は、電子レンジ、ラジオなどの電化製品の操作で評価してください

- 5 自由に操作できる（「複雑な操作」も自分で考えて行うことができる）  
 4 チャンネルの順送りなど普段している操作はできる（「単純な操作」であれば自分で行うことができる）  
 3 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える（「単純な操作」が分からないことがあるが、教えれば自分で操作することができる）  
 2 リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全く分からない（何をする電化製品かは分かるが、操作を教えても自分で操作することはできない）  
 1 リモコンが何をするものか分からない