

依田窪老人保健施設「いこい」
令和 8年 1月 1日

利用申込書

下記により、貴施設の利用を申し込みます。

フリガナ	ロウケン イコイ		大正・昭和		85歳
本人氏名	老健 いこい		男・女	16年 1月 1日	
住所	〒 386-0603				
	長和町古町3365-5 電話番号0268-68-0281				
身元引受人	フリガナ	コクホ ヨダクボ		続柄	長男
	氏名	国保 依田窪			
	住所	長和町古町2857			
	連絡先	0868-68-2036			
家族構成	氏名	続柄	年齢	同別	仕事の有無等
	介護 施設	次男	56	別	有
●入所希望時期		すぐに希望 ・ 2 月 15日頃			
●居室希望		①個室 ②多床室（2～4人）③どちらでもいい（個室と多床室の利用料は異なります）			

●入所の目的について該当するものに○をしてください。

①在宅生活継続及び在宅復帰のため
②介護者が就労及び不在等
③体調管理の不安
④その他

*上記で○した目的について具体的に教えてください。

一人暮らしで生活し近くに住む家族が支援していた。自宅内は歩行器使用し移動して、身の回りの動作もできていた。食事の用意等は近くに住む長男が支援して受診も長男が付き添いで支援していた。12月に自宅で転倒し動けないところを長男が発見し救急車で病院へ入院となった。退院が2月頃となりそうであるが、いこいでもう少シリハビリして自宅へ戻れるように調整したい。 ・ 『自宅での様子や今までの経過、入院されていれば入院までの経過の記入をお願いします。いこいを利用したい目的の記入をお願いします。』

● 入所中の生活やリハビリに対する意向

ご本人の意向： 自宅での生活を続けていきたい。リハビリを頑張りたい。

ご家族の意向： 自宅で生活できればと思っているが、もう少し歩行がしっかりしてから自宅へ戻って生活できるようにしてほしい

●退所先について

①自宅 ②病院 ③特別養護老人ホーム ④有料老人ホーム、グループホーム等

●現在申し込んでいる施設について→すでに申し込みされている施設があれば記入をお願いします。

●要介護度、介護負担割合について

要介護度	要介護 1 2 3 4 5	負担割合	1割	介護保険負担限度額認定証	有 無
------	---------------	------	----	--------------	-----

※介護保険証、負担割合証、限度額認定証あればコピーの添付お願い致します。

●現在いる場所

①自 宅 ②入院（病院名の記入をお願いします。） ③施設 （施設名の記入をお願いします。）

担当事業所	〇〇病院 〇〇居宅介護	担当者氏名 (病院SW、ケアマネ)	〇〇ソーシャルワーカー 〇〇ケアマネ
-------	----------------	----------------------	-----------------------

●現在利用している介護サービスについて→入院されている方も入院前のサービス状況の記入をお願いします。

デイサービス	週 2回	月 火 水 木 金 土 日	〇〇デイサービス
デイケア	週 回	月 火 水 木 金 土 日	
ショートステイ	月5日程度		〇〇事業所
訪問介護	週 3回、1日 1回	月 火 水 木 金 土 日	(サービス内容) 家事援助
訪問看護	月・週 回	月 火 水 木 金 土 日	
訪問リハビリ	月・週 回	月 火 水 木 金 土 日	
福祉用具貸与	歩行器、玄関手すり		

●病気について

主病名	腰椎圧迫骨折	
既往歴 (過去にかかった 病気、手術歴)	病名(発症年月日)	
	高血圧症(R5.2)	()
	()	()
	()	()
	()	()
	()	()
主治医	病院名	医師名
	〇〇病院	〇〇医師
その他 通院している 医療機関	整形外科: 〇〇病院、眼科: 〇〇病院	
生活歴 職業、趣味、性格等	〇〇出生。定年まで勤めていた。〇〇年前に妻を亡くしてから一人暮らし。スポーツが好きで若い頃は野球など趣味でやっていた。穏やかな性格。	
※お薬情報がわかる書類等の添付お願い致します。		

●認知症について

1. よく物忘れをする。	8. 暴力をふるうことがある。
2. 家族の顔が分からない時がある	9. 徘徊がある
3. 自分の居場所が分からない時がある	10. 夜間に独語がみられる
4. 自分の年齢(生年月日)が分からない	11. 夜間に大声で騒ぐ、不眠がある
5. 幻視、幻聴があったり、妄想がある。	12. 不潔な行為がある
6. 意識が低下してやる気がでない。	13. その他(具体的に)
7. すぐにかっとなったり、イライラすることがある	()

老健 いこい 様

状況調査表

移動	起き上がり (自立・見守り・一部介助・全介助)		備考 歩行器で歩行できるが歩きはじめや立ち上がり少し不安定な為見守りしている。
	移動 (自立・見守り・一部介助・全介助)		
	立ち上がり (自立・見守り・一部介助・全介助)		
	段差昇降 (自立・見守り・一部介助・全介助)		
	1. 寝たきり 2. 車椅子(自走可能・介助) 3. 歩行器(種類ハッピーミニ) 4. 杖歩行(種類) 5. 独歩 6. 付き添いの必要性(有・無)		
食事	主食(米飯・粥・軟飯・ミキサー)		食事の様子で何か補足あれば記入をお願いします。
	副菜(常菜・一口大・刻み・極小刻み・ミキサー)		
	食事の量(主食 10割)(副菜 10割)		
	嚥下障害(有・無)トロミ使用(有→シロップ・ポタージュ・ヨーグルト・無)		
排泄	禁飲食・苦手の食べ物(魚が苦手) アレルギー(有・無)		塩分制限やカロリー制限の指示があれば記入をお願いします。
	摂取状況(自立・半介助・全介助)(箸・スプーン) 食べこぼし(有・無)		
	義歯(有→上のみ・下のみ・全義歯・ブリッジ・無)		
	身長: 160 cm 体重: 50 kg		
入浴	療養食(有・無) 糖尿・心臓・高脂血症・腎臓・貧血		トイレ動作概ね自立できているが、ズボン上げが不十分なときある。
	療養食(有・無) 糖尿・心臓・高脂血症・腎臓・貧血		
	療養食(有・無) 糖尿・心臓・高脂血症・腎臓・貧血		
	療養食(有・無) 糖尿・心臓・高脂血症・腎臓・貧血		
内服	日中(自立・介助)失禁(有・無)・夜間(自立・介助)失禁(有・無)		カレンダーへのセットは家族対応。
	物品(布パンツ・紙パンツ・オムツ・パット)		
	排泄場所(トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・その他)		
	日中の排泄回数 約 5回・夜間の排泄回数 約 1回 下剤の使用(有→種類→3日目にセンノ1錠使用・無) 排便間隔 3日/1回		
認知症状	在宅や利用施設での入浴の様子や頻度・種類(週 2回・種類 一般浴)		認知機能で気になるところや測定していれば認知機能テストの結果等の記入をお願いします。
	洗身・洗髪時の様子(自立・届かない所のみ介助・全介助)		
	衣類の着脱(自立・セッティングにて自立・半介助・全介助)		
居室の間取り	在宅や病院での内服方法(自己管理・家族・事業所) 管理方法(一回配薬・カレンダー管理・その他)、薬物アレルギー(有・無)		認知機能で気になるところや測定していれば認知機能テストの結果等の記入をお願いします。
	会話理解	出来ない・簡単なことのみ・出来る	
	周辺症状	幻視・幻聴・不穏・焦燥・徘徊・暴力行為	
居室の間取り	認知症	重度・中重度・軽度 HDSR: 25点	認知機能で気になるところや測定していれば認知機能テストの結果等の記入をお願いします。
	※ベッドの降り口やポータブルトイレ等の配置記入して下さい。		
	居室の間取り		