

利用者	ふりがな 氏名	男・女	生年 月日	明治 昭和	大正 西暦	年	月	日	(歳)
	住所 〒	電話				東信医療生協 組合員・否			
連絡先	氏名	続柄 利用者の				屋			
	住所 〒	□ 利用者と同じ				電話 夜			
主介護者氏名			続柄 利用者の			☐ 同居 ☐ 別居			
医療保険	社保・国保・後期高齢者・他()			現在		☐ 自宅療養中 ☐ 病院等に入院中 ☐ 他の老人保健施設に入所中 ☐ 老健以外の施設に入所中 ☐ その他() 現在の病院・施設名			
障害者手帳	無・有(障害名)			級					
介護保険 (要介護認定)	申請中 変更申請中			介護度 ()		居宅介護支援事業所名・担当ケアマネ			
介護保険負担割合: 1割・2割・3割			介護保険負担限度額認定証: 無・有						
利用者の性格・趣味									
入所 短期入所	希望期間	月 日 から 月 日まで			(日間) (か月間)				
	退所後の予定	☐ 自宅へ戻る ☐ その他() ☐ 特別養護老人ホームへの入所を希望 (入所申請 済・未) ☐ 他の入所施設への入所を希望 (入所申請 済・未)							
利用の理由・目的									
老人保健施設の 利用	☐ (他の老健も含め)これが初めて ☐ 使ったことがある			現在 利用施設名 直近 (年 月 日 ~ 年 月 日)					
利用者の日常生活の状態 ○を	座る	ひとりで座っていることが ・できる・(椅子や車椅子なら)できる ・座っていることはできない			排泄	☐ 尿意(有・無・失禁)・便意(有・無・失禁) ☐ 洋式トイレ(自立・要介助・使用しない) ☐ ポータブルトイレ(自立・要介助・使用しない) ☐ 使用品(オムツ・リハパンツ・尿取りパット・無)			
	車椅子	車椅子の利用が ・自分で動かせる・自分では動かせない ・使ったことがない・使っていない				着替え	・ひとりでできる・一部介助が必要・全介助		
	歩行	ひとりで歩行は ・屋内外可能・屋内なら可能・できない (使用歩行補助具:) 歩行時の転倒は ・ない・たまにある・よくある			入浴	・ひとりでできる・家族介助・ヘルパー介助 ・移動入浴車・デイサービス・デイケア・他			
	移動	ベッドと車椅子等への移動は ・ひとりで可能・介助が必要・できない			会話	自分の意思を 難聴: 有・無 ・伝えられる・伝えられない			
	食事	食事のかたさ: 普通・やわらかめ 食事の摂取は ・ひとりで可能・一部介助必要・できない ・全介助・胃瘻・腸瘻・鼻腔 カロリー制限 有() 無 食べられないもの・注意すべきことなど			認知症 症状	・なし・軽度・中度・重度・わからない 徘徊: 有・無 認知症と思われる行動			
	吸痰	吸痰は必要ない・たまに必要・毎日			在宅で使用しているものに○をしてください 杖・装具などの種類() ・ベッド・エアーマット・無圧マット・移乗用手すり ポータブルトイレ・尿器・車椅子・車いす用安全ベルト つなぎ服				
	これまでの病気	病名	才頃	現在		家族構成	○利用される方のお子さんは 人 (上から)		
			治療・治療中・中断・手術		○一緒に暮らしている方は ご本人と				
			治療・治療中・中断・手術		合計 人				
			治療・治療中・中断・手術						
			治療・治療中・中断・手術						
記入者		続柄		月 日記入					