

利用依頼票

依頼日 平成 年 月 日

依頼元	名称	FAX
	担当	TEL

依頼先	名称	FAX	03-5806-1666
	担当	TEL	03-5806-0088

ご本人基礎情報	フリガナ	世帯状況 ※該当するものに“レ”を入れてください		
	氏名	<input type="checkbox"/> 独居		
	生年月日 明・大・昭 年 月 日	<input type="checkbox"/> 「第一連絡先」と同居		
	住所 〒 ー	<input type="checkbox"/> 「第二連絡先」と同居		
	電話 ー ー	<input type="checkbox"/> その他の者と同居		
	FAX ー ー	⇒氏名		
		(続柄)		
		電話 ー ー		
保険等情報	介護認定	<input type="checkbox"/> 要1 <input type="checkbox"/> 要2 <input type="checkbox"/> 要3 <input type="checkbox"/> 要4 <input type="checkbox"/> 要5 <input type="checkbox"/> 申請中(新規・区分変更)	有効期限 H 年 月 日 ~ H 年 月 日	
	介護負担額減額認定証	<input type="checkbox"/> 第一段階 市町村民税が世帯非課税で高齢福祉年金を受けている方。生活保護の方。 <input type="checkbox"/> 第二段階 市町村民税が世帯非課税で、課税年金収入と合計所得金額の合計が80万円以下の方。 <input type="checkbox"/> 第三段階 市町村民税が世帯非課税で、第二段階以外の方。 <small>※課税年金収入が80万円以上266万円未満の方など</small> <input type="checkbox"/> 未申請		
	減額認定	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他減額		
	老人医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割)		
	医療保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> その他)		
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種 級 内容		
現況と希望	<input type="checkbox"/> 入院・入所中	入院・入所期間	年 月 日 ~	年 月 日
		入院・入所先名		
	<input type="checkbox"/> 在宅生活中	<input type="checkbox"/> 自宅以外場所にて生活中(場所)		
	<input type="checkbox"/> ショート希望	<input type="checkbox"/> 期間指定	H 年 月 日 ~	H 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 空き次第早々に <input type="checkbox"/> 特に希望日なし		
		<input type="checkbox"/> 4人室希望 <input type="checkbox"/> 個室希望 <input type="checkbox"/> いずれの居室も可		
		<input type="checkbox"/> 個別リハビリ <input type="checkbox"/> 送迎		
	<input type="checkbox"/> 通所希望	<input type="checkbox"/> 月 … <input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> リハ (個別・集中1・集中2)	<input type="checkbox"/> 認知リハ <input type="checkbox"/> 栄養
	<input type="checkbox"/> 6-8hコース	<input type="checkbox"/> 火 … <input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> リハ (個別・集中1・集中2)	<input type="checkbox"/> 認知リハ <input type="checkbox"/> 栄養
	<input type="checkbox"/> 2-3hコース	<input type="checkbox"/> 水 … <input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> リハ (個別・集中1・集中2)	<input type="checkbox"/> 認知リハ <input type="checkbox"/> 栄養
	<input type="checkbox"/> 木 … <input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> リハ (個別・集中1・集中2)	<input type="checkbox"/> 認知リハ <input type="checkbox"/> 栄養	
	<input type="checkbox"/> 金 … <input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> リハ (個別・集中1・集中2)	<input type="checkbox"/> 認知リハ <input type="checkbox"/> 栄養	
	<input type="checkbox"/> 土 … <input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> リハ (個別・集中1・集中2)	<input type="checkbox"/> 認知リハ <input type="checkbox"/> 栄養	
※入浴は、6-8hのみです。				
希望理由、現状の問題点・課題(今後予想されるリスク) ※必ずご記入ください				

アセスメント票 ー利用依頼別紙ー

フリガナ		<input type="checkbox"/> 女
氏名		<input type="checkbox"/> 男
生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日	

記入日 H 年 月 日

	項目	評価	特記事項
移動・移乗	寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	起きあがり	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	座位	<input type="checkbox"/> 端座位可 <input type="checkbox"/> 自分の手で支えて可 <input type="checkbox"/> 背もたれあれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない (屋内) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 (屋外) <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
食事	飲水摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食形態 (主食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー等 <input type="checkbox"/> その他	
	(副食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー等 <input type="checkbox"/> その他	
牛乳他アレルギー	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> ヨーグルト可 <input type="checkbox"/> 飲めない <input type="checkbox"/> その他→備考欄へ記入		
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まれに <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 常時	
	方法 (日中) (夜間)	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル等 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル等	
整容	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
着脱	上衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	下衣の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入浴	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(指示含) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽	
行動等	意思の伝達	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> まれに可能 <input type="checkbox"/> できない	
	日常意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合以外は可 <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない	
	指示の理解	<input type="checkbox"/> 指示が通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 指示が通じない	
	電話の利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	薬の内服	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	被害妄想	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	幻覚・幻聴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	感情が不安定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	暴言・暴行	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	大声を出す	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	徘徊	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	帰宅願望	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	火の不始末	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	不潔行為	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
	異食	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ある	
活動	日中の生活	<input type="checkbox"/> よく動いている <input type="checkbox"/> 座っていることが多い <input type="checkbox"/> 横になっていることが多い	
	外出頻度	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回未満	
	生活不活発原因	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 見守り等	