

# 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	03-3594-1333
	担当	TEL	03-3594-0088

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 <input type="checkbox"/> 「第一連絡先」と同居 <input type="checkbox"/> 「第二連絡先」と同居 <input type="checkbox"/> その他の者と同居 ⇒氏名 (続柄)	
	生年月日 明・大・昭 年 月 日	電話 ー ー	
	住所 〒 ー ー	FAX 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。 ※課税年金収入が80万円以上266万円未満の方など <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"/> 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"/> 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	
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	

医療行為		現疾患・既往歴 等	
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> 褥瘡治療 <input type="checkbox"/> その他 (                    )		※処方箋のコピーを貼付ください。	
かかりつけ病院等	<b>かかりつけ病院①</b> 病院名 入院歴あり      通院      往診 ..... 医師名 (                    科) 住所 〒                    - ..... 電話番号                    -                    - ..... カード番号	<b>かかりつけ病院②</b> 病院名 入院歴あり      通院      往診 ..... 医師名 (                    科) 住所 〒                    - ..... 電話番号                    -                    - ..... カード番号	
	<b>生活情報</b> 生活歴、家族状況、生活環境等における特記事項		
世帯状況			
第1連絡先	フリガナ	続柄	※該当するものに“レ”を入れてください。 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 副介護者(主介護者を補助する者) <input type="checkbox"/> 利用決定等、案内通知先 <input type="checkbox"/> 利用料支払い者(支払い代行を含む) <input type="checkbox"/> 救急等、緊急時の第一連絡先 <input type="checkbox"/> 病院通院・入院時の付き添い人 <input type="checkbox"/> 後見人(成年後見制度)
	氏名		
第2連絡先	住所 〒                    -		※該当するものに“レ”を入れてください。 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 副介護者(主介護者を補助する者) <input type="checkbox"/> 利用決定等、案内通知先 <input type="checkbox"/> 利用料支払い者(支払い代行を含む) <input type="checkbox"/> 救急等、緊急時の第一連絡先 <input type="checkbox"/> 病院通院・入院時の付き添い人 <input type="checkbox"/> 後見人(成年後見制度)
	フリガナ	続柄	
社会資源	氏名		
	住所 〒                    -		
その他特記事項	電話		
	携帯		
社会資源	E-mail		
	電話		
社会資源	携帯		
	E-mail		
社会資源	訪問介護 (    週    日)	短期入所 (    週    日)	往診
	訪問看護 (    週    日)	訪問リハ	その他 (                    )
社会資源	通所 (    週    日)	福祉用具 (                    )	
	その他特記事項		

# 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	