

ヘルパーステーション憩いの里船戸

デイサービスセンター憩いの里船戸

ケアセンター憩いの里船戸

利用についての情報提供書

氏 名	☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	月	日	(歳)
住 所	〒 TEL:						
居宅介護支援 事業所	担当: TEL:						
現在の病名及 び治療の状況							
既往歴	1		発症年月日:	年	月	頃	
	2		発症年月日:	年	月	頃	
	3		発症年月日:	年	月	頃	
麻痺・可動域 制限の状況							
内服薬の状況							
感染症	HCV	()	梅 毒	()	MRSA	()	
	HBS抗原	()	緑膿菌	()	疥 癬	()	
入浴に際しての 留意事項	※血圧・体温等の入浴許可範囲があればご記入をお願いします。						
上記のとおりです。							
平成 年 月 日 住所: 医師: ㊟							

ケアセンター憩いの里船戸 〒649-6225 和歌山県 岩出市 船戸 116

TEL:0736-69-0500 FAX:0736-69-0600

申込及び状況書

平成 年 月 日

氏 名	様	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳) (□男・□女)	
住 所	〒	
緊急連絡先	① 氏名 (続柄)	
	住所・電話	☎
	② 氏名 (続柄)	
	住所・電話	☎
	③ 氏名 (続柄)	
	住所・電話	☎
家族構成		
要支援・介護度	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5	
介護保険証	被保険者番号	有効期間
居宅介護 支援事業所		
担当介護支援専門員		
入居ご希望日	平成 年 月 日	

起き上がり	☐ 自立	☐ つかまれば可	☐ 一部介助	☐ 全介助
立ち上がり	☐ 自立	☐ つかまれば可	☐ 一部介助	☐ 不可
立 位	☐ 自立	☐ つかまれば可	☐ 一部介助	☐ 不可
移 乗	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 一部介助	☐ 全介助
移 動	☐ 自立	☐ つかまれば可	☐ 一部介助	☐ 全介助 ☐ 介助 ☐ 車椅子
座 位	☐ できる	☐ できない	☐ 背もたれ	☐ 肘掛
寝返り	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 一部介助	☐ 全介助
更 衣	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 一部介助	☐ 全介助
入 浴	☐ 自立	☐ つかまれば可	☐ 一部介助	☐ 全介助 ☐ 一般 ☐ 機械
排 泄	☐ 自立	☐ つかまれば可	☐ 一部介助	☐ 全介助
睡 眠	☐ 問題あり ☐ 問題なし			
食 事	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 一部介助	☐ 全介助
水 分	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 一部介助	☐ 全介助
歯磨き	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 一部介助	☐ 全介助
うがい	☐ できる ☐ できない			
整容・洗顔	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 一部介助	☐ 全介助
掃 除	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 支援必要	☐ 不可
洗 濯	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 支援必要	☐ 不可
買い物	☐ 自立	☐ 付き添い必要	☐ 介助必要	☐ 不可
調 理	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 補助必要	☐ 不可
金銭管理	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 支援必要	☐ 不可
書類手続	☐ 自立	☐ 声掛け	☐ 支援必要	☐ 不可
視 力	☐ 支障なし ☐ 少し見えにくい ☐ かなり見えにくい ☐ 見えない			
聴 力	☐ 支障なし ☐ 少し聞こえにくい ☐ かなり聞こえにくい ☐ 聞こえない			
言 語	☐ 支障なし ☐ やや難 ☐ かなり難 ☐ 不可			
麻 痺	☐ 無し ☐ 右半身 ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左半身 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢			
拘 縮	☐ 無し ☐ 右半身 ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左半身 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢			
理解力	☐ 充分通じる ☐ 時々通じる ☐ 時々通じない ☐ 全く通じない			
寝たきり度	☐ 正常 ☐ 寝たり起きたり ☐ 寝たきり			

お持ちいただく物

寝 具	敷きパット 2枚 毛布 1枚 毛布カバー 2枚 掛け布団 1枚	掛け布団カバー 2枚 ラバー 2枚 枕 1個 枕カバー 2枚
洗面用具 入浴用具	歯ブラシ 歯磨き粉(自歯の方) 義歯ケース 義歯洗浄剤	コップ タオル 4～5枚 バスタオル 3～4枚
日 用 品	ティッシュペーパー 5箱以上 クシ ゴミ箱	靴 室内用靴
衣 類	普段着上下 4～5枚 肌着上下 4～5枚 靴下 4～5本 パンツ 4～5枚	パジャマ上下 2～3組 衣装ケース *衣替えをお願いします
その他	※ご本人様が必要な場合 薬・薬の説明書 おむつ・オムツカバー 車椅子	杖 シルバーカー 化粧品
【物品預かり】	☐ 介護保険証 ☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ 重度心身障害者医療受給者証 ☐ 障害者手帳 ☐ 印鑑 ☐ 預金通帳 ☐ 銀行届出印鑑	☐ 診察券 () ☐ 診察券 () ☐ 診察券 () ☐ 診察券 () ☐ 現金 (円) ☐ 貴重品 () ☐ その他 ()

ご持参品には全て油性のマジックで氏名をフルネームではっきりとご記入ください。
おむつ、ティッシュなどの消耗品は無くなる前に連絡させていただきますので、お持ちいただきますようお願いいたします。