

えきさい大阪 利用申込書 (入所 ・ 短期入所 ・ 通所リハビリ)

記入日 年 月 日

ご利用者様	フリガナ 氏名	様	男・女	明治 大正 昭和	年 月 日生	歳
	要介護 認定	要支援 ・ 要介護		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	住所	〒 - 電話番号 () -				

ご家族様	フリガナ 氏名	様	続柄	男・女	明治 大正 昭和	年 月 日生	歳
	住所	〒 - 電話番号 () -					

緊急連絡先①	フリガナ 氏名	様	続柄	男・女	明治 大正 昭和	年 月 日生	歳
	住所	〒 - 電話番号 () -					

緊急連絡先②	フリガナ 氏名	様	続柄	男・女	明治 大正 昭和	年 月 日生	歳
	住所	〒 - 電話番号 () -					

居宅事業所	事業所名	電話 () -	担当 ケアマネ
-------	------	----------	------------

かかりつけ医	①	電話 () -	科	担当医
	②	電話 () -	科	担当医

基礎疾患	既往歴		発症時期	
	①		年	月頃
	②		年	月頃
	③		年	月頃

その他	
アレルギーの有無	() ・ 有 / 無
皮膚疾患	() ・ 有 / 無

利用者様 基本情報	視力	良好・特記有 ()		聴力	良好・特記有 ()		
	会話	良好・特記有 ()		言語	良好・話しにくい		
	認知症状	無・特記有 ()					
	麻痺	無・特記有 (右手・左手・右足・左足・その他 ())					
	移動方法	屋外	独歩・手引き歩行・杖・シルバーカー・車椅子・その他 ()				
		屋内	独歩・手引き歩行・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・その他 ()				
	排泄状況	尿意	有・無	失禁	有・無	回数	1日に 回程度
		物品	布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ・バルーン留置				
		便意	有・無	失禁	有・無	回数	日に 回程度
		物品	布パンツ・リハビリパンツ・パット・オムツ・ストマ留置				
	食事状況	摂取	自立・声掛け・見守り・一部介助・全介助・経管栄養・胃瘻				
		食事形態	主食	常食・軟飯・全粥・おにぎり・ペースト			
			副食	常食・キザミ・極刻み・一口大・トロミ			
水分	普通・トロミ軽め・トロミ強め						
口腔状況	歯磨き	自立・声掛け・見守り・一部介助・全介助					
	義歯	無・有 (総義歯・部分義歯 (部位:))					
服薬状況	薬剤名		朝・昼・夕・寝る前	薬剤名		朝・昼・夕・寝る前	
	薬剤名		朝・昼・夕・寝る前	薬剤名		朝・昼・夕・寝る前	
	薬剤名		朝・昼・夕・寝る前	薬剤名		朝・昼・夕・寝る前	

居室希望	希望に○印
四人部屋	
個室	

今後の方向性	
目標	
在宅	
施設	

※各項目に○印、又は記入をお願いします。特記有についてはわかる範囲で結構です。

施設記入欄					
受付日	年 月 日	体験日時	年 月 日	備考	
受付担当者			時 分		
判定日	年 月 日		～		
判定結果	可・不可		時 分		