

長町南クリニック診療申込書

令和 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女		
住所	〒 -				
電話番号	*日中ご連絡のつく番号：				
主病名					
かかりつけ医	病院名				
	診療科				
	担当医	電話：			
かかりつけ薬局 訪問薬剤 有・無		電話：			
介護認定	(1・2・3割負担) (無・申請中・要支援1・要支援2・要介護1・2・3・4・5)				
ケアマネージャー	事業所名				
	担当者名				
	電話：	FAX：			
訪問看護	事業所名				
	24時間対応	有 ・ 無			
	担当者名				
	電話：	FAX：			
家族状況	同居家族	独居 ・ 日中独居 ・ 同居家族有			
	主介護者				
	キーパーソン				
	キーパーソン の連絡先	電話：	ご連絡がつか時間帯：		
社会資源	難病医療券 (有 ・ 無 ・ 申請中)				
	身体障害者手帳 (有 ・ 無 → 等級 級)				
	後期高齢者医療保険証 (1・2・3割)				
診療情報提供書		【 有 ・ 無 】取得予定日：			
特記 事項					

日常生活自立度について

該当する項目にチェックをお願いいたします。

・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

- 自立
- 交通機関を利用して外出する
- 隣近所へなら外出する
- 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する
- 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている
- 車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う
- 介助により車椅子に移乗する
- 自力で寝返りをうつ
- 自力で寝返りもうたない

・認知症高齢者の日常生活自立度

- 自立
- 何らかの認知症症状を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
- （家庭外で）日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立出来る
- （家庭内で）日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立出来る
- （日中を中心として）日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする
- （夜間を中心として）日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする
- 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護を必要とする
- 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする

生活機能と医療機器の使用

- 【1】移動
歩行： 自立 介助があればしている 出来ない
車椅子の使用： 用いていない 自分で操作している 他人が操作している
歩行補助具・装具の使用： 用いていない 屋外で使用 屋内で使用
- 【2】栄養・食生活
食事行為： 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
 人工栄養法（胃瘻 ・ 経鼻経管） 中心静脈栄養
現在の栄養状態： 良好 不良
嚥下の状態： 問題なく食事が出来る 食事中にむせる 固いものが飲み込めない
- 【3】排泄
排尿（自立 ・ 介助で可能 ・ 失禁 ・ 導尿（自己導尿・持続導尿））
排便（自立 ・ 介助で可能 ・ 失禁 ・ 人工肛門）
- 【4】医療機器
（ ・ 在宅酸素 ・ 吸引器 ・ 人工呼吸器 ）

ケアマネジャーの皆様へ

大変お手数ではございますが、併せて居宅介護計画書もお送りいただきますよう、お願い申し上げます。