

介護老人保健施設 ルポゼまきの 利用申込書

新規・再利用

A-1インテーク：ニーズアセスメント・シート (1/2) 入所・短期入所・通所ハ

加		性別	生年月日	年 月 日	紹介者	
氏名		男 女	年齢	歳	登録日	年 月 日
			〒			
住所:						

保証人:	続柄:	住所:	TEL:
------	-----	-----	------

緊急連絡先:①(キハ-ソ)		緊急連絡先:②		緊急連絡先:③	
名前:	続柄	名前:	続柄	名前:	続柄
住所:		住所:		住所:	
TEL1:		TEL1:		TEL1:	
TEL2:		TEL2:		TEL2:	
TEL3:		TEL3:		TEL3:	

介護保険	保険者:		被保険者番号:		利用者負担段階:	
	要介護度:	有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			自立度 (障害/認知)	▼
	保険者意見等:			担当介護支援専門員:		
				居宅介護支援事業者:		
かかりつけ医:			連絡先:			

	【発症日時】	【病名】	【治療状況等(入院・通院)】	【医療機関】
--	--------	------	----------------	--------

既往歴	
-----	--

現病名	
-----	--

生活史(インテークまでの経緯)	利用申し込みに至った経緯
現在の居所	
趣味・嗜好等	

一日の過ごし方								
6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----								

一週間の過ごし方	

家族図	家族の状況				在宅療養／家族の関わり方に関する状況
	氏名	年齢	続柄	同居	
	①				
	②				
	③				
	④				
	⑤				
	⑥				
	⑦				
	⑧				

日付	利用形態 (入所・通所・短所)	本人：サービス利用の目的及び目標	家族：サービス利用の目的及び目標
----	--------------------	------------------	------------------

利用状況			
サービス種別	事業者	利用状況	備考

<p>◆書類等(確認返却したものにはレマーク、受領したものは○、提出依頼したものは△、不要・無には×を付しておく)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">被保険者証・介護</td> <td style="width:15%;">医療</td> <td style="width:20%;">ケアマネジメント連絡表</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td>負担限度額認定証</td> <td></td> <td>障害手帳</td> <td></td> </tr> <tr> <td>診療情報提供書</td> <td></td> <td>公費医療受給者証</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サマリ- (看介護・リハ)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	被保険者証・介護	医療	ケアマネジメント連絡表		負担限度額認定証		障害手帳		診療情報提供書		公費医療受給者証		サマリ- (看介護・リハ)				<p style="text-align: center;">居宅の介護支援専門員との連携状況</p> <p>※居宅サービスについては、居宅サービス計画書等の写しを参照</p> <p> <input type="checkbox"/> 入所までの流れ：入所申込→面接→診情書→判定会議→入所 <input type="checkbox"/> 書類： <input type="checkbox"/> 入所案内 料金表 プレインテークシート <input type="checkbox"/> 必要書類セット <input type="checkbox"/> 利用料金の説明：居室タイプ【 】リハ加算【 】 <input type="checkbox"/> 居住費・食費の軽減制度についての説明 <input type="checkbox"/> 洗濯： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 利用 【 】 </p>
被保険者証・介護	医療	ケアマネジメント連絡表															
負担限度額認定証		障害手帳															
診療情報提供書		公費医療受給者証															
サマリ- (看介護・リハ)																	
<p>◆重要事項説明書の説明と合意： 済・未</p> <p>◆リスク説明書に基づく説明と合意： 済・未</p> <p>◆その他、特記事項</p>																	
<p>◆本シートに記入する内容についての合意： 済・未</p>																	