

マイライフ徳丸用 利用者情報

○下記表の医療行為が継続的に必要とされている方については当施設では対応できません。あらかじめ最初に確認をしてください。

<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・腸、胃ろう ・経管栄養 ・人工呼吸器、酸素療法 ・常時管理が必要な点滴 ・透析 ・インスリン注射 ・がん等の疼痛管理 <p>上記のように常時チューブや針等による栄養や酸素、投薬が必要となる方は入所でご対応できません。 入所後に上記の状況になった場合は直ちに退所ではありませんが、対応が可能な施設への転院もあり得ます。</p>
--

○下記の各項目で当てはまるものに○をつけてください（複数回答可）

項目		内容
医療	確認が必要な内容	<ul style="list-style-type: none"> ・尿道バルーンカテーテル ・褥瘡（床ずれ）
	麻痺	<ul style="list-style-type: none"> ・あり （箇所： _____ ）
日常の過ごし方		<ul style="list-style-type: none"> ・日中は起き上がって過ごしている ・食事以外は寝て過ごしている
歩行		<ul style="list-style-type: none"> ・一人での歩行を安心してできる ・見守りや介助があれば歩ける
食事	食事摂取	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で召し上がれる ・部分的に介助が必要
	食事形態	<ul style="list-style-type: none"> ・普通の食事 ・軟らかく加工された食事
	飲み込み	<ul style="list-style-type: none"> ・特にむせる様子はない ・時々むせることがある
入浴		<ul style="list-style-type: none"> ・一人で入浴できる ・部分的に手伝う必要がある
申請関連	生活保護	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護を受給している
	契約代理人	<ul style="list-style-type: none"> ・代理人がいる （代理人名 _____ ）

上記の記載内容をもとにマイライフ徳丸にて入所等の判断等に法人内にて情報を共有させていただきます。

また上記の記載内容について、保険者（板橋区等の市区町村）、地域包括支援センター、担当ケアマネージャーへ情報を共有させていただくことに同意します。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用申込者： _____ 記入者： _____