

介護老人保健施設 二葉園 利用申込書(入所・短期入所・通所リハビリ)

							年 月 日
							申し込み者
							住所
							氏名
							電話
							続柄
フリガナ							
利用希望者						男・女	生年月日
							明・大・昭 年 月 日 歳
現住所						電話	
フリガナ							
緊急連絡先	氏名					続柄	
	住所					電話	— —
						携帯	— —
利用申し込み理由							
利用希望期間	年 月頃から						
現在の状況	・在宅(独居・同居) ・入院中(医療機関名:)						
	・その他()						
現在利用しているサービス	・居宅サービス(短期入所 通所介護 通所リハ 訪問介護 訪問看護 訪問入浴)その他						
ケアプラン作成事業者	事業所					ケアマネジャー	
		連絡先 ()					
主治医	病院名				主治医名	連絡先	
介護保険	介護認定	未認定	要支援	要介護()	認定日	年 月 日	
		申請中(年 月 日申請)					
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
		被保険者番号				市町村番号	
健康保険	種別	健本・健家・国保・その他()				保険者番号	
	記号番号	記号			番号		
医療受給者証	受給者番号					市町村番号	
身障手帳等	なし・あり(級)		その他	なし・あり()			
	取得年月日						
	障害名						
	被保険者番号					市町村番号	
その他							

《日常生活動作状況》

記入日 年 月 日

利用者様ご氏名 様 (男・女)

身長 cm 体重 kg

ご記入者 様
(職種又は続柄)
介護老人保健施設 二葉園

		当てはまるものを○で囲んでください。	備考
基本的動作	移動 (移動手段)	自立 見守り 一部介助 全介助 独歩 杖 歩行器 車椅子(自操・介助) リクライニング つたい歩き 手押し車	最終転倒転落日 年 月 日
	乗り移り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	寝返り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	起き上がり	自立 時々姿勢不良 不可	
	座位保持	自立 見守り 一部介助 全介助 つかまり立ち(可・不可)	
	立位保持	なし 時々 頻回 要見守り 転倒予防策()	
	転倒	なし 時々 頻回 要見守り 転落予防策()	
	食事	自立 見守り 一部介助 全介助 胃瘻 嚥下困難(無・有) とろみ(無・有) 義歯(無・有 上下)	
入浴	種類	シャワー浴 リフト浴 寝浴 家庭浴(跨いで入る一般浴槽)	拒否(無・有)
	浴槽内移動	自立 見守り 手引き シャワーチェア	
	洗体	自立 見守り 一部介助 全介助	
排泄	トイレ動作	自立 見守り 一部介助 全介助 バルーン ストマ	夜間トイレ回数 回数()
	尿意	有・無(常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない)	
	排便 (日中) (夜間)	毎日有り 1週間に()回くらい 下剤(使用・不使用) トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ	
更衣	上半身	自立 見守り 一部介助 全介助	
	下半身	自立 見守り 一部介助 全介助	
整容	歯みがき	自立 見守り 一部介助 全介助 義歯洗浄(可・不可)	
	洗面	自立 見守り 一部介助 全介助	
意思の疎通	視力	普通 見えにくい(右・左) 全く見えない(右・左) 眼鏡(無・有)	
	聴力	自立 聞こえにくい(右・左) 全く聞こえない(右・左) 補聴器(無・有)	
	意思の表出	問題なし やや困難 困難 ナースコールの使用(可・不可)	
	理解力	問題なし やや困難 困難	
	言語障害	無・有	
心身の状態	無気力 感情の起伏が激しい 物忘れがある(季節・人の顔・場所・日時) 物が無くなったと言う 徘徊 収集癖 脱衣 幻覚 妄想 せん妄 帰宅願望 介護抵抗 不穏 異食行為 大声 暴力 不潔行為 夜間の興奮 その他()	対応策	
睡眠	良眠 時々不眠 不眠 昼夜逆転 その他()		
服薬	内服薬(無・有 朝口 昼口 夕口)	内服(自己・手渡し・介助)	
	服薬管理(自己管理が可能・施設で管理必要)		
	点眼薬(無・有) 外用薬(無・有)		
皮膚疾患	無・有(疾患又は状態)		
本人の趣味・習慣		飲酒(無・有) 喫煙(無・有)	
本人の性格・生活歴 (出身・職歴など)			
現病・既往歴・その他注意点など			

食事についての調査票

記入日 年 月 日

利用者様 氏名 _____

記入者名 _____

身長 _____ c m 体重 _____ k g

(続柄または職種: _____)

(測定日 _____)

1. 食事について、いまの状況に当てはまるものに、○をつけて下さい。

○ 主食について

〈ごはんの時〉 米飯・軟飯・全粥・おにぎり・その他(_____)

〈パンの時〉 パン・パン粥・おかゆ

(当施設の朝食は、主食が月木-ごはん、火水金土-パン、日-雑炊となっています。)

○ 副食について

普通のおかず・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー状・その他(_____)

○ 食事時使用するもの (複数回答可)

箸・スプーン大・小・フォーク大・小・自助スプーン・エプロン・自助食器

2. 当てはまるものがあれば(_____)内に○をつけて、必要な内容をご記入下さい。

(_____)療養食を摂っている (糖尿病食・腎臓病食・潰瘍食・その他: _____ 食)
それについての注意点 _____

(_____)エネルギー(カロリー)制限が必要 (_____ kcal)

(_____)塩分制限が必要 (_____ g)

(_____)食物アレルギーがある (食品名 _____)

(_____)牛乳が飲めない

(_____)ヨーグルトが食べられない

(_____)嫌いで食べられない食品がある (食品名 _____)

(_____)飲み込みにくい、またはむせる (食べ物・飲み物・両方)

(_____)水分にとろみをつけている

(_____)食事時間が長い (1回 _____ 分)

(_____)一度に食べる量が少なく、間食で補っている

(_____)経管栄養をしている 内容(_____)

3. その他、食事について何か配慮することなどがありましたらご記入ください。

診療情報提供書

年 月 日

紹介元

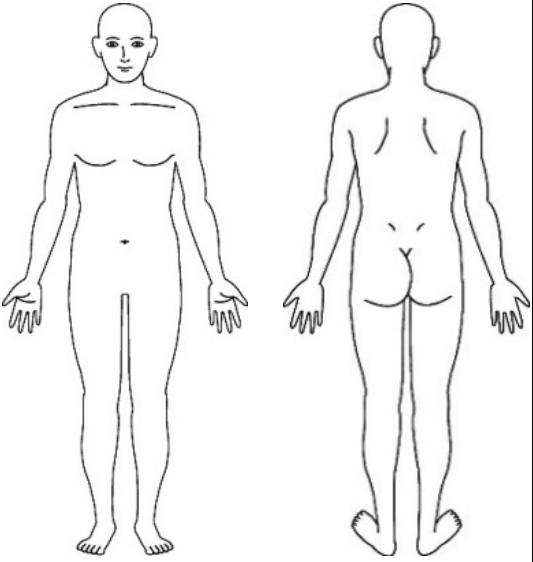
所在地

TEL

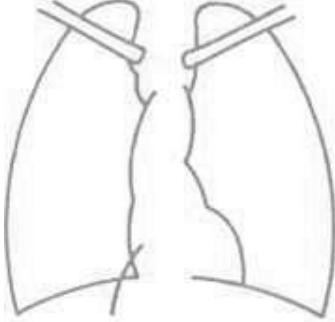
名称

医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S	年 月 日生	歳
傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)			
既往歴とその発症年月			
症状経過、検査結果及び治療経過		麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい	
			
現在の処方			
禁忌薬剤 ()			
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2			
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M			
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)			
備考			

診療情報提供書

検査所見 (年 月 日)					
血液検査	白血球数	() × 10 ³ / mm ³	尿	蛋白 (- ± + ++ +++)	
	赤血球数	() × 10 ⁴ / mm ³		糖 (- ± + ++ +++)	
	血色素量	() g/dl		潜血 (- ± + ++ +++)	
	ヘマトクリット	() %		感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性)
	血小板数	() × 10 ⁴ / mm ³			TPHA (陰性 ・ 陽性)
	AST	() μ/l	HCV抗体 (陰性 ・ 陽性)		
	ALT	() μ/l	MRSA (陰性 ・ 陽性)		
	尿素窒素	() mg/dl	皮膚疾患		無 ・ 有
	クレアチニン	() mg/dl			疥癬 (部位)
	ナトリウム	() mEq/l			褥瘡 (部位)
	カリウム	() mEq/l			その他 ()
	カルシウム	() mEq/l			(部位)
	血清蛋白	() g/dl		(部位)	
	血清アルブミン	() g/dl			
	CRP	() mg/dl			
	血糖値	() mg/dl			
	HbA1c	() %			
	※HbA1cは糖尿病の方のみ				
	胸部X線所見 (撮影 年 月 日)		できるだけ写真を添付して下さい		
					
心電図所見 (年 月 日)					

検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。
 検査データは、なるべく直近3ヶ月以内のものをお願いします。