

利用申し込み書(新規 ・ 回目) NO _____

令和 年 月 日

| | | | |
|--------------|--|-----------|------------------|
| 利用者 | フリガナ 氏名 印 | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 歳 |
| | 住所 〒 | TEL | |
| 申込者 | フリガナ 氏名 印 | 利用希望者との続柄 | |
| | 住所 〒 | TEL | |
| 身元引受人 | フリガナ 氏名 印 | 利用希望者との続柄 | |
| | 住所 〒 | TEL | |
| 利用内容 | 1. 入所 2. 短期入所(介護予防短期入所) 3. 通所リハビリテーション(介護予防通所リハ) 4. 訪問リハビリテーション(介護予防訪問リハ) | | |
| 利用申込理由 | | | |
| 利用希望期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 現在の状況 | 1. 自宅で生活 (独居 ・ 同居) 医療機関受診は している ・ していない 医療機関名() 病名() | | |
| | 2. 入院中 年 月 日 ~ 医療機関名() 病名() | | |
| | 3. 施設入所中 年 月 日 ~ 施設名() | | |
| | 4. その他 | | |
| 退所後の予定 | 1. 自宅 2. 他施設利用 3. 未定 | | |
| 介護保険 | 要介護度 () 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | ケアマネジャー:事業者名() 担当者名:() | | |
| | TEL:() FAX:() | | |
| 健康保険 | 1. 国保(本人・家族) 2. 社保(本人・家族) 3. 生活保護(福祉事務所) | | |
| | 保険者番号() 記号・番号() | | |
| | 交付年月日: 年 月 日 有効期限: 年 月 日 | | |
| 後期高齢者医療被保険者証 | 受給者番号() 交付年月日 年 月 日 | | |
| | 一部負担金の割合() | | |
| 身障手帳 | 有 ・ 無 (種 級) 取得年月日() | | |
| | 障害名 () | | |
| | 都道府県名() (第 号) | | |
| 減免可否等 | 介護保険負担限度額認定は受けていますか? (はい ・ いいえ) | | |

<在宅復帰に向けて>

記入者氏名 () 続柄 () 記入日 ()

| | | | |
|---|------|-------|-------|
| 利用者氏名 | フリガナ | 生年月日 | M・T・S |
| | | 年 | 月 日 |
| | | 歳 | 男・女 |
| 住所 | 〒 | TEL | |
| <要介護度> | | | |
| 申請中 (年 /) 要支援・要介護 (1・2・3・4・5) 区分変更中 (年 /) | | | |
| 主たる介護者 () 続柄 () | | | |
| () 続柄 () | | | |
| <住宅状況> | | | |
| 持家 or 賃貸 | | | |
| 一軒家 or 集合住宅 階:エレベーター 有・無) (オートロック 有・無) | | | |
| 専用居室(有・無) 布団・ベット(電動・手動・固定式) | | | |
| トイレ(洋・和) 段差(有・無) 手すり (有・無) | | | |
| 住宅改修 (未・済 (年頃)) | | | |
| 備考: | | | |
| <今後の本人の見通しと意向> | | <間取り> | |
| <今後の家族の見通しと意向> | | | |

療養情報提供書

年 月 日

| | | | |
|----------------------|-----------|---------------------------------|-------------|
| 利用者氏名(フリガナ) 様 | 性別 男・女 | 生年月日 明・大・昭 年 月 日 | 年齢 歳 |
| 傷病名(発症時期) | | | |
| 現病歴(発症時期) 及び症状・症状経過 | | | |
| 既往歴 | | | |
| 処方薬 | | | |
| 要介護度 | | 申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5 | |
| 日常生活自立度 | 障害 | 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | |
| | 認知症 | 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | 問題行動 無・有() |

検査所見

| | | | | | |
|-------------------------|----------|---------|----------|---------|---|
| 身長 | cm | 体重 | kg | 皮膚疾患 | 褥瘡(部位) 疥癬 無・有(部位) |
| 採血 / 検尿日 | 令和 年 月 日 | 心電図 | 令和 年 月 日 | | |
| 尿検査 (蛋白:) (糖:) (潜血:) | 所見 | | | | |
| 血算 | WBC | | CRP | | X線撮影 令和 年 月 日 所見 |
| | RBC | | BS | | |
| | Hb | | HbA1c | | |
| | PLT | | | | |
| 生化学 | TP | | Na | | |
| | Alb | | K | | |
| | GOT | | Cl | | |
| | GPT | | T-cho | | |
| | γ-GPT | | TG | | |
| | BUN | | UA | | |
| | Cr | | | | |
| 感染症 | HBsAg | (+・-)未検 | MRSA | (+・-)未検 | *X線検査は3ヶ月以内のものをお願いします。 処置 膀胱留置カテーテル経管栄養(経鼻・胃ろう) 人工肛門・(その他) |
| | HCVAb | (+・-)未検 | | 部位() | |
| | 梅毒 | (+・-)未検 | | | |

* 上記以外に参考となるデータがあれば、コピー等添付いただければ幸いです。

介護老人保健施設 宛 令和 年 月 日

医療機関等名

所在地

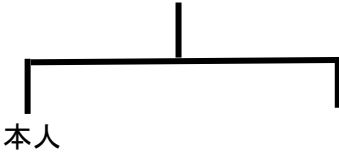

Tel

医師 科 印

利用者状況記録

NO. _____

利用者氏名

| | | | | | | |
|------------------------------------|--|----|-------------------|--------|--------|---|
| これまでに 患った病気 | 歳 | 病名 | 医療機関名 | | | 入院期間 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 家庭の状況 | 氏名 | | 年齢 | 続柄 | 同居 | 職業 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 家庭の関係 | (本人の兄弟関係) | | | | | (本人の子ども関係) |
| |  | | | | | 本人  |
| 介護状況 (主介護者) | 氏名 | | 年齢 () | 続柄 () | 職業 () | |
| | 介護者の健康状態: 健康・病弱・病気 () | | | | | |
| 生活状況 | <職業> 無職 | | <趣味> 例) 読書・スポーツ観戦 | | | |
| | <喫煙> 有・無(本/日) | | <飲酒> 有・無(/日) | | | |
| <生活歴> 出身地やお仕事など、現在に至るまでの略歴をお書き下さい。 | | | | | | |
| 現在利用中 サービス | ホームヘルパー (週 回) | | デイサービス (週 回) | | | |
| | 配食サービス ・ ショートステイ ・ 訪問看護 ・ 訪問診療 ・ 訪問入浴 | | | | | |
| その他 () | | | | | | |
| 特養申請 | 済 (年 月 日) | | 申請先: | | | |
| | 未 (予定: 有・無) | | | | | |
| 備考 | ナースコールを押す (できる ・ できない) | | | | | |
| | 身長 | | cm | | 体重 kg | |

身体状況・ADL状況

年 月 日

| 年 月 日 氏名 | | 様 (男・女) 歳 | |
|-----------|---|---|--|
| 移動 | 歩行 | 独歩・杖・介助歩行・歩行器・車椅子(自操可・否) その他 | |
| | 起立 | 自立・見守り・一部介助・半介助・全介助 | |
| | 立位 | 自立・見守り・一部介助・半介助・全介助 | |
| 食事 | 主食 | 常食・粥食・パン・ミキサー | |
| | 副菜 | 常菜・軟菜・一口大・きざみ・みじん | |
| | | 七分きざみ・七分みじん・ミキサー・その他() | |
| | 特別食 | 糖尿病食・心臓病食・高血圧食・他() | |
| | | ()kcal・減塩()g・他() | |
| | 摂取状況 | 自立・一部介助・半介助・全介助 | |
| | 用具 | 箸・スプーン(大 小)・フォーク・自助食器・エプロン(有 無) | |
| | 咀嚼 | 問題なし・やや問題あり・問題あり | |
| 嚥下 | 問題なし・やや問題あり・問題あり | | |
| 排泄 | 介助量 | 自立・一部介助・半介助・全介助 | |
| | 尿意 | 有・無 尿失禁(有・無) | |
| | 便意 | 有・無 便失禁(有・無) | |
| | | 便通(良好・普通・便秘) 排便サイクル() 下剤(有・無) | |
| 排泄面 | トイレ・PTイレ・尿器・便器・バルーンカテーテル・ストマ 下着・失禁パンツ・リハビリパンツ・パット・その他() | | |
| 入浴 | 介助量 | 自立・一部介助・半介助・全介助 | |
| | 形態 | 一般浴・リフト浴 | |
| | 拒否 | 有(時折・常時) 無 | |
| 着脱 | 介助量 | 自立・一部介助・半介助・全介助 パジャマへの更衣習慣(有・無) | |
| 口腔清拭 | 介助量 | 自立・一部介助・半介助・全介助 自歯(有・無) 義歯(有・無) 上 / 下 / 義歯管理(可・否) | |
| 睡眠 | 状態 | 良好・普通・浅眠・不眠 薬剤使用(有・無) | |
| コミュニケーション | 聴力 | 良好・普通・難聴(右・左)・補聴器(右・左) | |
| | 視力 | 良好・普通・不良(右・左)・眼鏡(有・無) | |
| | 意思疎通 | 良好・その場は可能・難しい | |
| | 言語障害 | 有・無 | |
| | レクリエーション | 積極的・普通・消極的・無関心・拒否 | |
| | 認知症状 | 健忘・失見当識・記銘力障害・人物誤認・幻覚・幻聴・妄想・作話 不眠・昼夜逆転・暴言・暴力・不潔行為・性的異常・徘徊・異食・鬱 | |
| 洗濯物 | 家人持ち帰り・施設管理 | | |
| 備考 | | | |