

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	男・女 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		
保証人	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(ショートステイ) 3. 通所リハビリ				
利用申込理由					
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 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: 令和 年 月 日 有効期限: 令和 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: 令和 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		
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

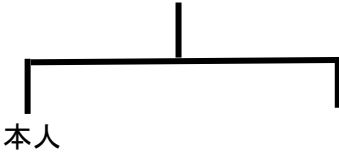

Tel

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)	
						
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・Pトイレ・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			