

# 介護老人保健施設 心れあいの里 利用申込書

(ご家族様記入用①)

申込日 年 月 日

利用者 (本人)	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
	住所	〒			電話番号 ( )
申込者 (連絡窓口)	フリガナ		性別	年齢	続柄
	氏名		男・女	歳	
	住所	〒			自宅Tel ( ) 携帯Tel ( )
請求書送付先		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> その他 (送付先 )			

保険 情報	介護保険	要介護 1・2・3・4・5 初回申請中・区分変更中			負担割合証 1割・2割・3割
		認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他			
		生活保護の場合	担当:	連絡先 ( )	

現在の 状況	主な収入	<input type="checkbox"/> 年金 ( 万円/月) <input type="checkbox"/> その他 ( 万円/月)		介護保険負担減額証: ( ) 段階・申請中・無		
	<input type="checkbox"/> 在宅	かかりつけ医	病院名			
			診療科	科	主治医	
		利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他			
		ケアマネジャー	担当者:	事業所名:		
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名	病院	病棟	入院日	年 月 日
		病名				相談員
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	施設名				
入所日		年 月 日		支援相談員		
関係機関	地域包括 ( ) ・ その他機関 ( )			担当者		
制度の利用	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( ) 級 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> ペースメーカー手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 ( ) 級					

既往 歴	病名	入院・通院時期	医療機関	<経歴> *出生・職歴・趣味等

在宅復帰に関するご本人の意思	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 乏しい <input type="checkbox"/> 意思確認困難
ご家族の意向	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )
特別養護老人ホームへの申込み:	未・済
申込施設名	

# 緊急時連絡順位表

(ご家族様記入用②)

ご利用者名： \_\_\_\_\_ 様

\*緊急事態が発生した場合は、昼夜（深夜含む）を問わず連絡致しますのでご了承ください。

1	氏名		続柄	
	自宅住所			
	電話番号	( )	携帯番号	( )
	勤務先名		勤務先Tel	( )
	備考			
2	氏名		続柄	
	自宅住所			
	電話番号	( )	携帯番号	( )
	勤務先名		勤務先Tel	( )
	備考			
3	氏名		続柄	
	自宅住所			
	電話番号	( )	携帯番号	( )
	勤務先名		勤務先Tel	( )
	備考			
4	氏名		続柄	
	自宅住所			
	電話番号	( )	携帯番号	( )
	勤務先名		勤務先Tel	( )
	備考			

# 療養情報提供書

利用者氏名  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）			
既往症（発症時期）及び症状・症状経過			
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 )その他( )
採血/検尿日	年 月 日	心電図		年 月 日	
尿検査	(蛋白: )	(糖: )	(潜血: )	所見	
血算	WBC		血算	CRP	
	RBC			BS	
	Hb			Hb(A1c)	
生化学	TP		生化学	LDL	
	Alb			HDL	
	GOT			TG	
	GPT		感染症	HBs	(+・-)
	BUN			HCV	(+・-)
	Cr			MRSA	(+・++・-) 部位( )
	Na			梅毒	(+・-)
	K			結核	
Cl					

\*X線検査は3ヶ月以内のものをお願い致します。  
処置 膀胱留置カテテル・経管栄養(経鼻・胃ろう)  
人工肛門・その他( )

\* 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。

年 月 日

介護老人保健施設 ふれあいの里 宛

医療機関等名

所在地

TEL

医師名

科

印

<日常生活調査票>

本人氏名 \_\_\_\_\_ 様 M・T・S 年 月 日 ( ) 歳  
 記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 記入者 \_\_\_\_\_ ( )

\* ( ) 内は病棟名・続柄をご記入ください

*当てはまる箇所に○を付けてください	自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	身長		体重		
						cm	kg	cm	kg	
移動	屋内					福祉用具	無・有→杖・シルバーカー・歩行器・車いす 自操(可・不可)			
	屋外					装具	無・有(部位)			
	階段昇降					転倒リスク	無・有 転倒歴 無・有(いつ頃)			
起居動作	寝返り					抑制	胴抑制・安全ベルト・4点柵・ミトン・つなぎ服			
	起上がり						センサー(離床・フット) 時間帯( )			
	座位					褥瘡	無・有(処置内容)			
	立上がり						(部位) (大きさ cm×cm)			
	移乗					麻痺・拘縮	無・有( )			
立位					留意事項	( )				
食事	摂食方法					食事形態	主食: 米飯・軟飯・全粥・ミキサー粥 副食: 形・一口大・5分キザミ・キザミトロミ・ミキサー			
	総カロリー				kcal	水分	トロミ(有・無) 制限( cc/日) 水分平均( cc/日)			
嗜好	好きな物					むせ込み	無・有 摂取量平均( 割) 摂取時間( 分)			
	嫌いな物					使用用具	箸・スプーン・フォーク・エプロン・自助食器( )			
						留意事項	嚥下障害・アレルギー・禁忌等( )			
排泄	日中					排泄場所	トイレ(終日・日中のみ)・居室(トイレ・尿器・ベッド上)			
						排泄用具	布パンツ・リハビリパンツ・パット オムツ(終日・夜間のみ)・バルーン・ストマ			
	夜間					尿意(有・無) 便意(有・無) 排泄回数(日中約 回・夜間約 回)				
						失禁	無・有 トイレの場所(分かる・分からない・不明)			
整容					自分で出来るものに○を付けて下さい * 洗顔・歯磨き・義歯の手入れ・髭剃り					
更衣					動作協力(無・有) 拒否(無・有)					
入浴						個浴・一般浴・チェアー浴・ストレッチャー浴・清拭				
						拒否	無・有(時折・常時)			
家事					物品管理	可・不可				
内服薬					留意事項( )					
睡眠	状態					良好・時々不眠・不眠 眠剤服用 無・有( )				
	その他					(ベッド・低床) 臥床時の見守りやベッド出しの必要(無・有)				
視力						正常・障害有(左・右)・全盲 白内障・緑内障 点眼薬(処方内容)				
聴力						正常・障害有(左・右・両方) 難聴(軽・中・重) 補聴器(無・有)				
言語						無・有 構音障害 失語症 その他( )				
皮膚状態						良・不良( ) 塗布薬( )				
意思疎通						良好 その場合は可能 簡単な指示に対する理解あり 困難 難聴・失語症などにより配慮が必要 ナースコールの理解(無・有)				
認知症						無・年相応・有(軽・中・重) HDS-R( ) MMSE( )				
周辺症状						盗食・異食 昼夜逆転 帰宅願望 収集癖 危険予測不可 幻覚・妄想 徘徊 放尿・放便 介護拒否 暴言・暴力・大声				
*上記の具体的な症状及びその他具体的症状(対応方法等あればご記入ください)										
*家族図…男→□ 女→○ 本人→2重 死去→×						主介護者氏名	続柄( )			
						キーパーソン	続柄( )			
						*ご家族様介護状況				