

# 入所利用者申込書

介護老人保健施設

サンセール武蔵野 施設長殿

記入日

年 月 日

入所

年 月 日 :

紹介先 : 行政 ・ 病院施設 ・ 居宅介護支援事業所( 担当: ) ・ 訪問看護 ・ その他
介護認定度 : 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中 / 区変中
変更年月日 : 年 月 日 変更後 : 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
負担限度額認定証 : なし ・ あり 1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階

利用者	フリガナ氏名	男女	明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日	生 歳
	住所	〒	TEL	( )	

相談者	フリガナ氏名		歳	続柄
	住所	〒	自宅	( )
			携帯	( )
	勤務先名		TEL	( )

入所 :	ヶ月程度	居室希望 :	四人部屋 ・ 個室
------	------	--------	-----------

利用理由	1. 身体的介護困難 (移動 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 食事 ・ 着脱)
	2. 認知症で介護困難 (徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 問題行動( ))
	3. その他

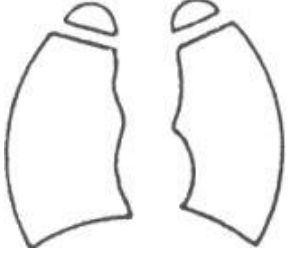
現在の状況	1. 在宅生活中 (同居 ・ 独居 ・ 別居) かかりつけ医 病院・医院
	2. 入院中 ( 病院 ) 入院日 / / ~ / /
	3. 入所 ( ) 入所日 / / ~ / /
	※3ヶ月前の状況: 施設 ・ 病院 ・ 自宅 ( )
	病歴

退所後の方向性 在宅 ・ 特別養護老人ホーム ・ グループホーム ・ その他施設( )
---

	フリガナ氏名	続柄	年齢	住所	TEL
緊急連絡先	①			〒	自宅
	②			〒	携帯 自宅
	③			〒	携帯 自宅

夜間	
----	--

# 診療情報提供書

ふりがな		性別	西暦 年 月 日生 ( 歳)			
氏名			採血結果 採血日 年 月 日			
現病歴  (手術の場合術式をお願い致します)			TP	HGB		
			アルブミン			
既往歴			AST(GOT)			
			ALT(GPT)			
内服薬  インシュリン 有・無 (単位 )			r-GTP			
			総コレステロール			
日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			HDL-コレステロール	尿		
			LDL-コレステロール			
身長	体重	BMI	Na			蛋白
精神状態 (認知症状等)			K			潜血
			Cl			糖
認知症の有無(有・無)有の場合の日常生活度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			BUN	ウロビリノーゲン		
			クレアチニン	ビリルゲン		
胸部レントゲン所見 			CRP	PH		
			心電図所見			血糖
異常 有・無						空腹時又は h後
			月 日			HbA1C(DMがある時)
月 日						特記事項
			感染性疾患			
②HBs抗原 ( - ・ + )	③HCV抗体 ( - ・ + )					
皮膚疾患			④梅毒 ( - ・ + )			
			疥癬( - ・ + )			
褥瘡 湿疹			所在地 医療機関名 医師 <span style="float: right;">印</span>			

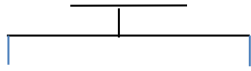
ADL 状況調査票( )様 介護度( )					
<b>内容</b>					
食事	形態	常食・粥( )・刻み( )・一口大・ペースト			
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク) ・一部介助 ・ 全介助			
	制限	カロリー( ) ・塩分( ) その他( )			
	食事	嫌( ) ・禁食orアレルギー ※嫌いなものはどの程度の苦手さかも記入をお願いいたします。			
	水分 問題・工夫	とろみ( 有 ・ 無 ) 他(ストロー使用等 )			
排泄	方法	日中:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介助)・パット・オムツ			
		夜間:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介助)・パット・オムツ			
	尿意・便意の有無	有 無	便秘の有無	有 ・無	
1日の排泄回数	日中( 回)	夜間( 回)	夜間の対応	自立 ・ 定時の声掛け	
問題・工夫					
清潔	方法	一般 ・ 機械 ・ 他	更衣	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	洗身	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	ズボンのかけはず		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	洗髪	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	ズボンの上げ下ろし		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	問題・工夫		靴下着脱 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
移動	歩行	自立歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ つたえ歩行 ・ 這う ・ 車椅子 ・ シルバーカー ・ 手引き歩			
	ふらつき	有 ・ 無 (転倒の危険性 有 ・ 無)			
	車椅子操作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	座位保持	可能 ・ 不可 ・ 傾斜(右 ・ 左)			
	車椅子からの立ち上がりの危険性	有 ・ 無			
	立位保持 問題・工夫	可能 ・ 不可 可能な場合おおよその時間( )			
身の回り	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	義歯管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	爪切り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	歯磨き	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	髭剃り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	うがい	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	手洗い	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	洗顔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
意思疎通	可能 ・ 不可				
視力・聴力	視力:( ) 聴力( )				
運動障害	有 ・ 無				
麻痺・拘縮	有 ・ 無 部位:				
皮膚状態・疾患	部位:				
褥瘡	有 ・ 無 部位:				
看護処置	有 ・ 無				
アレルギー	有・無( )				
問題行動	徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 夜間せん妄				
	放尿 ・ 異食 ・ 盗食 ・ 暴力行為 ・ 収集癖 ・ オムツいじり				
被害的になることが	□ある□時々ある□ない		物を壊したりすることが	□ある□時々ある□ない	
作り話をすることが	□ある□時々ある□ない		ひどい物忘れが	□ある□時々ある□ない	
何度も同じ話をすることが	□ある□時々ある□ない		独り言や独り笑いすることが	□ある□時々ある□ない	
大声を出すことが	□ある□時々ある□ない		暴言や暴行が	□ある□時々ある□ない	
介護に抵抗することが	□ある□時々ある□ない		火の始末ができないことが	□ある□時々ある□ない	
自分勝手な行動が	□ある□時々ある□ない		不潔な行為を行うことが	□ある□時々ある□ない	

# 家族構成等記入票

様

## 家族構成

\*ご本人には◎、口を付け、同居のご家族は○で囲んで下さい。



## 性格

## 生活歴・入所までの経緯

既往歴(病名・入院先・治療状態)※完治の場合いつ完治したのか日付も記入