

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

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

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 ()

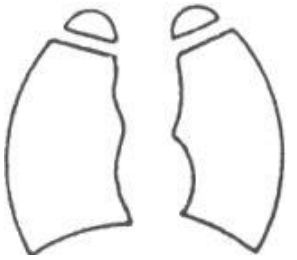

病歴

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 携帯
	②			〒	自宅 携帯
	③			〒	自宅 携帯

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			TP	HGB	
			アルブミン		
(手術の場合術式をお願い致します)			AST(GOT)		
			ALT(GPT)		
既往歴			r-GTP		
			総コレステロール		
内服薬			中性脂肪		
			HDL-コレステロール		
インシュリン 有・無 (単位)			LDL-コレステロール		
			Na	尿	
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			K	蛋白	
			Cl	潜血	
身長	体重	BMI	BUN	糖	
精神状態 (認知症状等)			クレアチニン	ウロビリノーゲン	
			CRP	ビリルビン	
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			血糖	空腹時又は h後	
			HbA1C(DMがある時)		
胸部レントゲン所見		心電図所見		特記事項	
					
異常 有・無		異常 有・無		上記のとおり情報を提供いたします。 令和 年 月 日	
月 日		月 日			
感染性疾患	②HBs抗原 (-・+)		③HCV抗体 (-・+)		所在地 医療機関名 医師
	④梅毒 (-・+)				
皮膚疾患	疥癬 (-・+)		褥瘡 湿疹		㊞

ADL 状況調査票()様		介護度()		
内容				
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()		
	義歯	有 ・ 無 総義歯 ・ 部分 (位置)		
	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	とろみ(有 ・ 無) 他(ストロー使用等)			
問題・工夫・その他				
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	
			靴下着脱 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
問題・工夫				
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	可能 ・ 不可 可能な場合おおよその時間()		
問題・工夫				
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	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	物を壊したりすることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
つくり話をすることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	ひどい物忘れが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
何度も同じ話をすることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	独り言や独り笑いすることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
大声を出すことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	火の始末ができないことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
自分勝手な行動が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 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