

短期入所利用者申込書

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
-----	-------

利用日	年 月 日	:	年 月 日	:
利用日	年 月 日	:	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
-----	--------	--------	-----------	-------	---	---

利用者	住所	〒	TEL	()
-----	----	---	-----	-----

相談者	フリガナ氏名	続柄	歳
-----	--------	----	---

相談者	住所	〒	自宅	()
-----	----	---	----	-----

相談者	勤務先名	TEL	()
-----	------	-----	-----

短期入所	日程度	居室希望	: 四人部屋 ・ 個室
------	-----	------	-------------

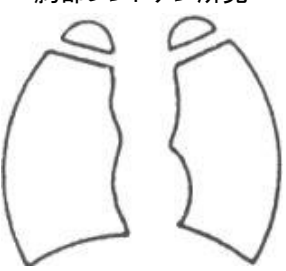
利用理由	1. 身体的介護困難 (移動 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 食事 ・ 着脱)
利用理由	2. 認知症で介護困難 (徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 問題行動)
利用理由	3. その他

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
現在の状況	2. 入院中 (病院) 入院日	/ / ~ / /
現在の状況	3. 入所 () 入所日	/ / ~ / /
現在の状況	病歴	

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

夜間	
----	--

診療情報提供書

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

(印)

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
作り話をすることが		<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