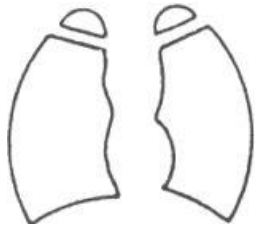


通所利用者申込書

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
開始	年 月 日	曜日
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		
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 ()
通所リハビリテーション 月・火・水・木・金 送迎希望 : 有・無 入浴希望 : 有・無 計 週 回		
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 / / ~ / /	
	病歴	
緊急連絡先	フリガナ氏名	続柄 年齢 住所 TEL
	①	〒 自宅 携帯
	②	〒 自宅 携帯
	③	〒 自宅 携帯
夜間		

診療情報提供書

サンセール武蔵野

ふりがな	性別	生年月日		
氏名		(M ・ T ・ S)	年 月	日生 (歳)
現病歴 ※受診の科が複数の場合は、それも含めてお願い致します。	身長	cm	体重	Kg
	感染症 ※①～④は必須です	①MRSA(咽頭より) (- ・ + ・ ++ ・ +++)		
		②HBs抗原 (- ・ +)		
		③HCV抗体 (- ・ +)		
④梅毒 (- ・ +)				
	⑤その他 ()			
皮膚疾患	疥癬 (- ・ +)			
	褥瘡			
	湿疹			
既往歴 ※時系列にて、手術の場合術式もお願い致します。	血液検査 採血日 年 月 日			
	※3か月以内の採血のデータ用紙添付をお願い致します。			
	TP	TG	Cl	
	ALB	HDL-cho	BUN	
	AST	LDL-cho	クレアチニン	
	ALT	HGB	CRP	
	r-GTP	Na		
	T-cho	K		
	血糖	空腹時 or _____h後	の血糖値	mg/dl
	HbA1C(DMがある時):			
インシュリン 有 ・ 無 : (単位)				
採尿				
潜血	蛋白	糖	ウロビリノーゲン	
			ビリルゲン PH	
内服薬等 ※服用されている全てのお薬についてご記入をお願い致します。 (眼科や整形外科等のお薬も全てお願いいたします) ※資料添付可	要介護度			
	要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5)	
	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	
	精神状態 (認知症状、躁鬱等)			
	胸部レントゲン所見		心電図所見	
	年 月 日		年 月 日	
	結核既往 (有 ・ 無) (年 歳)			
				
異常: 有 ・ 無		異常: 有 ・ 無		
特記事項	上記のとおり情報を提供いたします。			
	年 月 日			
	所在地			
	医療機関名			
医師名 (印)				

ADL 状況調査票()様 介護度() 年 月 日現在

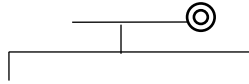
内容				
食事	形態	常食・粥()・刻み()・一口大・ペースト		
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク)・一部介助・全介助		
	制限	カロリー()・塩分() その他()		
	好き嫌い	好() 嫌()・禁食() ※嫌いなものはどの程度の苦手さかも記入をお願いいたします。		
	水分	とろみ(有・無) 他(ストロー使用等)		
	問題・工夫			
排泄	方法	日中:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・トイレ(自立・介助)・パット・オムツ 夜間:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・トイレ(自立・介助)・パット・オムツ		
	尿意・便意の有無	有 無		
	1日の排泄回数	日中(回) 夜間(回)		
	便秘の有無	有 ・ 無		
	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		
	洗身	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	洗髪	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	問題・工夫			
更衣	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	ボタンのかけはずし	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
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			
問題行動	有 ・ 無			
視力・聴力	視力:() 聴力()			
運動障害	有 ・ 無			
麻痺	有 ・ 無 部位:			
拘縮	有 ・ 無 部位:			
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			
	その他()			

家族構成等記入票

様

家族構成

*ご本人には◎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