

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 ()	

期間	入所 :	ヶ月程度	居室希望 :	四人部屋 ・ 個室
	短期入所(ショートステイ):		居室希望 :	四人部屋 ・ 個室

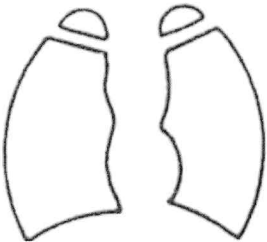
利用理由	1. 身体的介護困難 (移動 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 食事 ・ 着脱)
	2. 認知症で介護困難 (徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想)
	3. その他(問題行動など)

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 携帯
	②			〒	自宅 携帯
	③			〒	自宅 携帯

来面訪会者

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)									
既 往 歴						r-GTP			
						総コレステロール			
						中性脂肪			
						HDL-コレステロール			
						LDL-コレステロール			
内 服 薬								尿	
						Na		蛋白	
						K		潜血	
						Cl		糖	
						BUN		ウロビリノーゲン	
インシュリン 有 ・ 無 （単位 ）						クレアチニン		ビリルビン	
日常生活自立度 （寝たきり度）		☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				CRP		PH	
身長）		体重）		BMI）		血糖			
精神状態（認知症状等）								空腹時又は h後	
認知症の有無(有・無) ※有の場合の日常生活自立度 ☐ I ☐ II ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IV ☐ M						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					
月 日				月 日					
感染性疾患		①HBs抗原 (- ・ +)		②HCV抗体 (- ・ +)					
		③梅毒 (- ・ +)							
皮膚疾患		疥癬 (- ・ +)		褥瘡 湿疹		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			
						⑩			

ADL状況調査票 () 様 介護度 ()									
身長: cm / 体重: kg									
障害高齢者の日常生活自立度:					認知症高齢者の日常生活自立度:				
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		自立・一部介助・全介助		
	洗身	自立・一部介助・全介助			ズボンのかけはずし		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・歩行・歩行器・つたえ歩行・這う・車椅子・シルバーカー・手引き歩行							
	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 / 車椅子からの立ち上がりの危険性 有・無							
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)							
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		□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		
つくり話をすることが		□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		