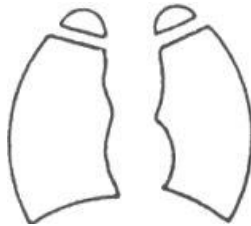


利用者申込書

		記入日	年 月 日		
介護老人保健施設 サンセール武蔵野 施設長殿		入所	年 月 日 :		
		利用日	年 月 日 : ~ 年 月 日 :		
		開始	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			
	勤務先名	〒 自宅 () 携帯 ()			
	勤務先名	〒 ()			
入 所 :		ヶ月程度	居室希望 : 四人部屋 ・ 個室		
短期入所 :		日程度	居室希望 : 四人部屋 ・ 個室		
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 / / ~ / /		
	※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()					
緊急連絡先	フリガナ氏名	続柄	年齢	住所	TEL
	①			〒	自宅
	②			〒	携帯 自宅
	③			〒	携帯 自宅
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	CI		
	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				
	□ I □ II □ IIa □ IIb □ IIIa □ IV □ 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)					

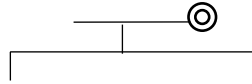
内容				
食事	形態	常食・粥()・刻み()・一口大・ペースト		
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク) ・一部介助 ・ 全介助		
	制限	カロリー() ・塩分() その他()		
	好き嫌い	好() 嫌() ・禁食() ※嫌いなものはどの程度の苦しさかも記入をお願いいたします。		
	水分	とろみ(有・無) 他(ストロー使用等)		
	問題・工夫			
排泄	方法	日中:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介助)・パット・オムツ		
		夜間:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介助)・パット・オムツ		
	尿意・便意の有無	有 無		
	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