

にじの丘足柄 利用申込書

年 月 日

介護老人保健施設 にじの丘足柄施設長 殿

申込者 住所
氏名
関係
電話番号 - -

下記の通り、介護老人保健施設にじの丘足柄を利用いたしたく申し込みます

利用者	氏名	男 女	T	S	年	月	日	歳
	住所	電話番号						
以前の職業								
利用内容		1.入所	2.ショートステイ	3.通所リハビリ(予防)	4.訪問リハビリ			
現在の状況		1.自宅で生活	主な介護者	()	
			病院受診	している	していない			
			病院名	()	
		2.入院中	病院名	()	
			病名	()	
			入院年月日		年	月	日より	
		3.施設入所中	施設名	()	
			入所年月日		年	月	日より	
※ 利用する理由		1.介護困難	2.施設待機	3.その他()			
※ 退所後の生活		1.自宅	(主な介護者	関係)		
		2.その他 (施設等)						
※ 必要な入所期間		イ. 1ヶ月	ロ. 3ヶ月	ハ. 6ヶ月	ニ. 6ヶ月～1年			

※入所を申し込みされる方のみご記入ください

介護 保険	被保険証	要介護()	被保険者番号()			
	負担割合証	()割	有効期間(~)			
			負担限度額認定証	無 ・ 有 (第 段階)		
身障者手帳		1.有(級) 年 月 取得			2.無	
既往歴 及び 現病名						
家族の状況		氏名	年齢	続柄	職業	
(兄弟関係)			(ご家族関係)			
父 ———— ———— 本人 母 ————			本人 ———— ———— ————			
困っている事があればお書き下さい						

日常生活動作能力調査表

利用者氏名 _____ 様

※あてはまる箇所に○をつけて下さい。

(NO.1)

食事	自分でできる ・箸 ・スプーン ・フォーク	だいたいできる 食べこぼし 有・無	手伝っている 〔口までもっていけば 食べられる〕	食べられない	入れ歯 有→上・下 無 一部分
食べ物の形態	普通食	お粥	きざみ食	流動食	経管栄養
禁止食品					
嫌いな食べ物					
飲み物	自分で飲める ・コップ ・ストロー ・吸い飲み	手伝っている 〔口までもっていけば 飲める〕	飲む事ができない ・むせが多い ・飲めない	とろみ剤 有・無	
排泄	自分でできる ・尿器の使用 有・無	ポータブルトイレ ・自力 ・夜のみ	決まった時間に 声を掛けてトイレに 誘っている	紙パンツ オムツ ・一日中 ・夜のみ	便意 有・無 尿意 有・無
更衣(上着)	自分でできる	着替えを用意 すればできる	一部手伝ってる	全部手伝っている	
更衣(ズボン)	自分でできる	着替えを用意 すればできる	一部手伝ってる	全部手伝っている	
入浴	自分でできる	手伝っている ・浴槽の出入り ・髪を洗う ・身体を洗う	シャワーのみ 身体を拭いている	していない	入浴サービス利用
座位	支えがなくても 一人でできる	手すりにつかまれば 座ってられる	背もたれがあれば できる	できない	座位保持時間 分
車椅子	乗り移り、自操ともに 一人でできる	乗り移りだけ 手伝っている	全部手伝っている	使用していない	
歩行	一人で歩く事ができる	つかまりながら一人で 歩く事ができる	付添い、介助があれば 歩く事ができる	できない	歩行用具 杖・歩行器・押し車
聴力	よく聞こえる	大きな声で話せば 聞こえる	耳元で大きな声で 話せば聞こえる	聞こえない 右・左	補聴器 有・無
視力	新聞の文字が 見える	新聞の見出しが 見える	大きな文字は 見える	見えない 右・左	眼鏡 有・無
意志の疎通	日常会話が 充分可能	簡単な質問や 聞き直し等の工夫で 可能	ジェスチャー (うなずき等)や、 文字盤で伝達可能	できない	言語障害 有・無
ナースールの使用	できる	できることもある	できない	わからない	
ベット柵	使用していない		使用している⇒ 本		
認知症	有：行動で気になること 無				

※あてはまる箇所に○をつけて下さい。

(NO.2)

タバコは吸いますか	はい (1日)	いいえ (本)	物忘れをしますか	はい	いいえ
お酒は飲みますか	はい	いいえ	家族の名前がわかりますか	はい	いいえ
金銭の管理はできますか	はい	いいえ	自分の家がわかりますか	はい	いいえ
夜はよく眠れますか	はい	いいえ	妄想や幻想はありますか	はい	いいえ
集団生活はできるほうですか	はい	いいえ	大きな声を出したりしますか	はい	いいえ
カッしたり、イライラすることはありますか	はい	いいえ	暴力をふるうことがありますか	はい	いいえ
自分の名前はわかりますか	はい	いいえ	昼と夜を間違えますか	はい	いいえ
自分の年齢はわかりますか	はい	いいえ	一人でウロウロ歩き回りますか	はい	いいえ
身長・体重をお書き下さい	身長 _____ cm 体重 _____ kg				
性格を簡単にお書きください					

診療情報提供書

介護老人保健施設 にじの丘足柄
短期入所 一般入所

⑤

氏名			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生()	歳
住所	〒 - -			電話	- -		
傷病名							
既往歴							

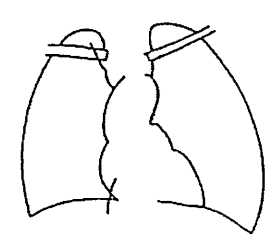
経過							
----	--	--	--	--	--	--	--

治療 (服薬等)							
-------------	--	--	--	--	--	--	--

※療養食の指示等あればお願いします。

検査結果 検査結果はおおよそ6ヶ月以内(肝炎ウイルスやTPHAは5年以上)のものであれば結構です。基本健康診査等をご利用ください。また主治医として健康管理上不要と判断される項目は空欄または不明として下さい。

血清総蛋白: _____ g/dl アルブミン _____ g/dl コレステロール: _____ mg/dl
赤血球: _____ $\times 10^4/mm^3$ Hb.: _____ g/dl Ht.: _____ %
血小板: _____ $\times 10^4/mm^3$ 白血球: _____ / mm^3 CRP: _____ mg/dl
血糖: _____ mg/dl HbA1c: _____ % BUN: _____ mg/dl Cr.: _____ mg/dl
Na: _____ mEq/L K: _____ mEq/L Cl: _____ mEq/L
AST(GOT) _____ Iu/l ALT(GPT) _____ Iu/l 尿蛋白 (+ ・ - ・ 不明)
HBs抗原 (+ ・ - ・ 不明) HCV抗体 (+ ・ - ・ 不明) TPHA (+ ・ - ・ 不明)
MRSA (+ ・ - ・ 不明) (咽頭 ・ 鼻腔 ・ 喀痰 ・ 便) 疥癬 (+ ・ - ・ 不明)

胸部レントゲン (年 月 日撮影)

所見
CTR: _____ %

心電図検査 (年 月 日検査)
所見
血圧 _____ / _____ mmHg
脈拍 _____ /分 整 ・ 不正

その他の検査結果・特記事項等

上記の通り診断します。	医療機関名 _____
	所在地 _____
年 月 日	電話 _____ FAX _____
	医師名 _____ 印 _____

日常生活能力 あてはまる個所に○をつけて下さい。()内には対応策を記入して下さい

		1	2	3	4	備考
食事	食べ物	出来ない	手伝っている	特別な工夫をすればできる ()	一人で出来る 1.箸 2.スプーン 3.フォーク	食べこぼし 多・少 むせやすさ 有・無
	食形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 五分粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他				
		副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ付き <input type="checkbox"/> その他				
	飲み物	飲めない (鼻腔栄養)	手伝っている	飲みこぼし 多・少 むせやすさ 有・無 とろみ使用 有・無	一人で飲める 1. 水呑み 2. コップ	
身長 体重	身長		cm	体重	kg	
排泄	おむつ 1. 一日中 2. 夜間のみ	連れて行けばできる 便意: 有・無 尿意: 有・無	時に失敗するが自分で出来る ()	一人で出来る	現在使用している物 1. 尿器 2. ポータブルトイレ	
更衣	出来ない 全部介助している	手伝っている ※ 上衣 ※ 下衣	着替えを用意すればできる	一人で出来る	洋服に工夫している ()	
入浴	清拭のみ	全部手伝っている 1. シャワー 2. 浴槽	手伝っている 1. 浴槽の出入り 2. 洗髪 3. 身体を洗う	一人で出来る		
起上り	出来ない	手伝えば出来る	紐手綱を使えば出来る	一人で出来る	座位保持が出来るか ※背もたれが必要 ※出来る(食事の間)	
起立	出来ない	手伝えば出来る	つかまり立ちは出来る	一人で出来る		
移動	車椅子	全部手伝っている	手伝っている 1. 押すことのみ 2. 乗り移りのみ	車椅子種類 ・普通型 ・リクライニング型	一人で出来る	
	歩行	出来ない	物につかまったり手伝ったりすればできる	限られた範囲内では出来る (室内・トイレ)	一人で出来る (散歩・買い物)	使用しているもの ※ 杖 ※歩行器 ※ 装具

コミュニケーション	出来ない	かろうじて意思表示 話の了解はできる	言語以外の手段 で会話出来る ※身振り ※筆談 ※50音表	日常会話が 十分可能	言語障害 ※有り ※無し
聴力	聞こえない	声は聞こえるが 何を言われているか 分からない	聞こえにくく 大きな声であれば 分かる	良く聞こえる	補聴器 ※有り ※無し
視力	見えない	見え難いが室内 を一人歩き出来る	視力のみで大抵の 人の区別がつく	仕事、読書が 出来る位、良く見える	眼鏡 ※有り ※無し
整容	しているものに○をつけて下さい。 ※洗面 ※髪をとく ※ひげそり ※歯磨き ※爪切り				
認知症	※無し	※有り	自立・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		

情報提供書ご記入のお願い

このたび 殿の施設利用申込みにあたり、日頃主治医としてご診療にあたられている先生からの、医学管理上のご指導をいただくべく、別紙「情報提供書」の記入をお願い申し上げます。

特に入所中は当施設管理医師が主治医となり、みだりに外部に通院させてはならない旨、介護保険法により定められておりますので、その間の診療に必要な情報を提供頂ければ幸いです。

特に食事、入浴、リハビリに対する注意や禁忌事項、あるいは予想される病状変化に対する対処方法や、ベッド柵や安全ベルトなど抑制の必要性などをご指導いただければと存じます。

検査項目については基本健康診査など、日頃の診療の中で判明しているものや6ヶ月以内のものであればかまいません。また肝炎ウイルスやTPHAについては5年以内のものがあれば改めて検査頂く必要はありません。先生が主治医として本人の医学管理上不必要と判断される項目については空欄のまま、あるいは不明とご記入ください。

(当施設医師の判断や行政の判断で必要とされる事項については後日お願いにあがる事があります)

別紙「情報提供書」は他の介護保健施設入所用の診断書のコピーや医師会で決められた統一診断書でも代用可能です。

なお、この情報提供書は医師間での意味を持つものですので、診療情報提供料としてご請求いただく事も可能です。

介護老人保健施設 にじの丘足柄
医師 堀口 徹