

# 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	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					

## 診療情報提供書ご記入のお願い

このたび\_\_\_\_\_様の通所リハビリテーションのご利用にあたり、ご診療に当たられている主治医からの医療管理上のご指導いただくべく、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、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。主治医としてご本人様の医学管理上不必要と判断される場合は空欄のまま、あるいは不明とご記入下さい。(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」は医師会で定められた統一診断書等でも代用可能です。

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

# 主治医連絡書

(診療情報提供書)

## 介護老人保健施設利用

通所リハビリ 短期入所療養介護

記入日：令和 年 月 日

患者		男・女	連絡先
明・大・昭 年 月 日 ( 歳)			
① 最終診療日	令和 年 月 日		
② 診療方法	<input type="checkbox"/> 本人受診 <input type="checkbox"/> 家族受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
③ 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 (有の場合) <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科		
④ 診療中の主たる疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 疾患名:		
⑤ 最近1年以内の臨床的変化(検査結果)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒		
⑥ 現在の処方	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ _____  受診時のバイタル BP / P		
⑦ 介護・リハビリ・入浴等に当たっての指示事項	   		

医療機関名

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

医師氏名