

介護老人保健施設 神戸長者町白寿苑 利用申込書

ふりがな		性別	電話番号		
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	()	—	
住所	〒				
生年月日	年	月	日	歳	
ふりがな		年齢	続柄	職業	
相談者氏名					
住所	〒				
連絡先	①電話		②電話		
□入所	希望期間	月 日 ~ 月 日		希望室	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室
	個別リハビリ	<input type="checkbox"/> 希望有 <input type="checkbox"/> 希望無			<input type="checkbox"/> 希望なし
□短期入所 (ショートステイ)	希望期間	月 日 ~ 月 日		退所先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設
	個別リハビリ	<input type="checkbox"/> 希望有 <input type="checkbox"/> 希望無			<input type="checkbox"/> その他()
	来所手段	<input type="checkbox"/> 施設送迎 <input type="checkbox"/> 家族送迎 <input type="checkbox"/> その他()			
□通所リハビリ テーション (デイケア)	希望期間	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土
	個別リハビリ	<input type="checkbox"/> 希望有 <input type="checkbox"/> 希望無			
	来所手段	<input type="checkbox"/> 施設送迎 <input type="checkbox"/> 家族送迎 <input type="checkbox"/> その他()			
□居宅介護 支援事業所	利用目的	<input type="checkbox"/> 介護相談 <input type="checkbox"/> 要介護申請 <input type="checkbox"/> その他()			
	具体内容				
介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 / 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			減免	1・2・3・4 段階
	認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
居宅介護 支援事業所	事業所名			担当ケア マネジャー名	CM
	電話番号				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	<input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名) <input type="checkbox"/> その他()				
主治医	病院名			医師名	Dr
	電話番号				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当苑のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他施設も申し込んでいる又は今後他施設も申し込む予定 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる施設名()()() <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の施設名()()()				
家族・ 家族構成	氏名	続柄	年齢	同別居	連絡先
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
				<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
申込受付日	年	月	日	確認者サイン	

介護老人保健施設 神戸長者町白寿苑 アンケート用紙

わかる範囲で結構ですので、□にチェック及び空欄にご記入ください。

1. ご利用希望サービス

入所 短期入所（ショートステイ） 通所リハビリ（デイケア）

2. ご本人・ご家族様について

ご本人様 氏名 _____ ご相談者様 氏名 _____

3. 自宅・相談者以外の連絡先（緊急時等連絡させていただく場合があります。）

氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____

住所 _____

4. 体の状態

現在の傷病名 _____

発症時期 _____

既往歴 今までに大きな病気（入院が必要な）・怪我をされたことがありますか。

病名 _____ 発症時期 _____ 病院名 _____

病名 _____ 発症時期 _____ 病院名 _____

病名 _____ 発症時期 _____ 病院名 _____

5. 現在飲んでいる薬と回数をご記入ください。

6. 介護老人保健施設をご利用になる理由を出来る限り詳しくご記入ください。

7. 住居（家屋）の状況

住居 一軒家 マンション アパート 公営住宅 持ち家 賃貸

（ 階建 階 エレベーター 有 無）

住宅改修 未 予定（予定時期 年 月頃）

済 改修箇所 箇所 場所： _____

手すり _____ 段差解消 _____

占有居室 有 無

寝具 ベッド 布団

トイレ 洋式 和式 ポータブル

8. 公的扶助

介護保険負担限度額認定証 医療保険負担限度額認定証

身体障害者手帳 無 申請中 有（ 種 級 年 月 日交付）

被爆者手帳 生活保護 その他（ ）

9. 在宅サービスを利用されたことがありますか。

ショートステイ 施設名: _____ 頻度: _____
デイケア・デイサービス 施設名: _____ 頻度: _____
ホームヘルパー 頻度 _____ 訪問看護 頻度 _____
訪問リハビリ 頻度 _____ 訪問入浴 頻度 _____
給食サービス 日常生活用具給付 緊急通報システム ボランティア

10. 生活状況

1日の過ごし方

0時 6時 12時 18時 24時

趣味: 以前 _____
現在 _____
性格: _____
現役時の職業: _____

11. 身体・精神状況

体型 身長: _____ cm 体重: _____ kg
視力 問題なし 少し見えにくい かなり見えにくい 全く見えない
眼鏡をしていますか。 はい いいえ
聴力 問題なし 少し聞こえにくい かなり聞こえにくい 全く聞こえない
会話 問題なし 困難だが会話は成立する かなり困難 全くできない
意欲 何事に対してもある 相手や物よってかわる ()
時間によってムラがある 意欲が殆どない
睡眠 良眠 普通 不眠 眠剤服用 (頻度)
物忘れ ない 少しある あるが生活に支障はない 生活に支障が出てきた
食事 自立 困難だが1人で可能 軽介助 全介助 胃ろう
その他 ()
お箸 スプーン 自助具 エプロン その他 ()
食事形態 普通食 軟副食 刻み食 極刻み食 ミキサー食
治療食 ()
主食 米飯 おにぎり 軟飯 お粥 パン
食事量 普通 多い 少ない (割)
水分摂取量 1日 _____ ml 水分にトロミは必要ですか はい いいえ
好きな食べ物 ()
嫌いな食べ物 ()
アレルギー 無 有 ()
義歯を使用していますか。 使用していない 全部 上 下 部分
むせることがありますか。 無 時々 頻繁にある

動作 寝返り 出来る つかまれば可能 出来ない
 寝た状態から座る 出来る つかまれば可能 出来ない
座った姿勢を維持出来ない
 座った状態から立ち上がり 出来る つかまれば可能
介助が必要 出来ない

移動 自立 杖 歩行器（歩行器の所有 はい いいえ） 車椅子
自分で操作可能 人に押しってもらう（車椅子の所有 はい いいえ）

転倒することがある ない 時々ある 頻繁にある
 どのような状態で転倒しましたか。（場所・時間・体調・精神状態等 詳しく）

排泄 日中：自立（トイレ） リハビリパンツ パット オムツ ポータブル
その他
 夜間：自立（トイレ） リハビリパンツ パット オムツ ポータブル
その他 留置カテーテル 導尿 人工肛門
 排泄に介助は必要ですか。 はい いいえ
 尿意：有 無 訴えはあるが正確ではない
 便意：有 無 訴えはあるが正確ではない
 排尿：1日 回～ 回位 排便間隔：毎日 不定期 日/回

入浴 自立 困難だが1人で可能 軽介助 全介助
 お風呂は好きですか。 はい 普通 いいえ 入浴回数： 回/週
 自宅では シャワーのみ 浴槽につかる 自宅では困難
介護サービスを利用（サービス名：)

更衣 自立 困難だが1人で可能 準備ができない 軽介助 全介助

整容 爪切り 耳掃除 洗顔 歯磨き うがい 顔をふく 髪をとぐ

麻痺 無 有 部位 ()

拘縮 無 有 部位 ()

嗜好品 飲酒 いいえ はい (1日 位) を ()
 タバコ いいえ はい (1日 本位) その他 ()

認知症状 問題なし 軽度 中度 重度
 問題行動（暴力・暴言・異食行為・不潔行為） ない 時々ある 頻繁にある
 どのような問題行為ですか。 ()

12. 退所後の予定（ご本人・家族様の希望）をできるだけ詳しくご記入ください。

申込み済みの施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設・グループホーム等）ございましたら施設名をご記入ください。

診療情報提供書

年 月 日

下記のとおり診断します。

医療機関名

所在地

医師氏名

印

TEL

FAX

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (日生 歳)
氏名				
住所	〒			
傷病名		TEL 投薬内容		
経過・現症状 及び治療内容				

検査項目 (※データ添付の場合は記入なしで可) (検査日: 年 月 日)

血清総蛋白		クレアチニン		HbA1c	
アルブミン		Na		血糖(空腹)	
GOT		K		TPHA	- +
GPT		CL		HBs抗原	- +
γ-GTP		WBC		HCV抗体	- +
T-chol		RBC		MRSA	- +
HDL-chol		Hb		喀痰・鼻腔(陰性/保菌者)	
LDL-chol		Ht		検尿	
中性脂肪		血小板		・蛋白() ・糖()	
BUN		CRP		・ウロビリノーゲン() ・潜血()	

胸部X-P所見	異常なし・異常あり() 有の場合は写真を添付してください。				
心電図所見	異常なし・異常あり() 有の場合は心電図を添付してください。				
皮膚疾患	褥瘡	- + ()	疥癬	- + ()	
	湿疹	- + ()			
	その他	- +	+(疑いを含む)の場合は部位・程度をご記入ください。		

身長	cm	要介護度	申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5
体重	kg	日常生活自立度	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2
血圧	/	認知症老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
		HDS-R 又は MMSE	点(実施日 年 月 日)

ADL状況	意思疎通	可能・ある程度可・ほとんど不可・不可	精神状態	正常・不安・うつ・興奮 幻覚・妄想・睡眠障害 その他()
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助		
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	問題行動	なし・徘徊・不穏・暴言 攻撃行動・不潔行為 その他()
	歩行	独歩・杖・歩行器・車椅子(自操・介助) 不可(寝たきり・要体位交換)		