

利用申込書

介護老人保健施設 サニーヒル

記入日

年 月 日

<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(ショート) 希望期間 () <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) 希望曜日 ()			
利用に関しての具体的な理由			
フリガナ		性別	明治
利用者氏名		男・女	大正 年 月 日 ()歳 昭和
利用者住所	〒		
フリガナ		申込者住所	〒
申込者氏名	続柄 ()		連絡先
キーパーソン氏名	続柄 ()		連絡先
同居者の状況	氏名	続柄	住所・連絡先等
近親者の状況 (子・孫含む)			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 (入院先: 病院に 年 月 から入院) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (入所先: に 年 月 から入所)		
[介護保険被保険者証番号]		[認定の有効期間]	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
要介護区分	申請中 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5		
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
負担限度額認定	<input type="checkbox"/> なし(該当なし) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階① <input type="checkbox"/> 3段階②		
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(担当者名)		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(級) 障害名 ()		
事業所名		担当ケアマネージャー名	
TEL			
かかりつけ担当医		医院名	
		TEL	
利用中の介護保険サービス		当施設退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 未定
居室希望	<input type="checkbox"/> 個室(¥1100) <input type="checkbox"/> 個室(¥2200) <input type="checkbox"/> 多床室(2人・4人) <input type="checkbox"/> どちらでも		
入所・短期入所 TEL 078-647-3255		通所リハビリテーション TEL 078-647-3288	

機関情報提供書

入所希望者氏名：

医療機関、施設名：

記入者名：

作成日：

●日常生活動作

基本動作	起居動作	寝返り(自立・見守り・一部介助・全介助)
		起き上がり(自立・見守り・一部介助・全介助)
	移動手段	独歩・手引き・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子
		自立・見守り・一部介助・全介助()
	転倒	なし・あり(頻度、最近の転倒状況:)
	立ち上がり	自立・つかまれば可・支えが必要・困難
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助()
	立位	自立・見守り・一部介助・全介助()
	座位	可・不可()
	麻痺	なし・あり(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・四肢の欠損)
	拘縮	なし・あり(部位:)
	痛み	なし・あり(部位:)
特記事項		
排泄	排泄能力	自立・見守り・一部介助・全介助()
	日中	トイレ・PTイレ・尿器・オムツ・リハパン・パット・バルンカテーテル
	夜間	トイレ・PTイレ・尿器・オムツ・リハパン・パット・バルンカテーテル
	尿意	あり・不明・なし 失禁(あり・なし) 誘導(あり・なし)
	便意	あり・不明・なし 失禁(あり・なし) 誘導(あり・なし)
	下剤	なし・あり(薬剤名、使用頻度など:)
	特記事項	
食事	食事能力	自立・見守り・一部介助・全介助
	食事手段	はし・スプーン・自助具・エプロン・その他()
	嚥下・咀嚼	問題なし・しにくい・できない()
	むせこみ	あり・なし・時々
	水分トロミ	なし・あり(薄いトロミ・中間のトロミ・濃いトロミ)
	食事形態	主食(米飯・軟飯・全粥・ミキサー・おにぎり)
		副食(普通・一口大・粗きざみ・極きざみ・ミキサー・トロミ付き)
		朝食(米飯・軟飯・全粥・パン(牛乳・コーヒー牛乳)・パン粥・パン粥ミキサー・その他())
		果物(普通・きざみ・ジュース) ※療養食()
	摂取量	おおむね全量・7~8割・半量程度・半量以下・日によりムラあり
	義歯	自歯・義歯(総義歯・上部分義歯・下部分義歯)
	アレルギー	なし・あり()・嫌いな物()
経管栄養	なし・あり(注入内容:)	
特記事項		
入浴更衣	入浴能力	自立・見守り・一部介助・全介助
	入浴形態	一般浴・中間浴・特殊浴・清拭・シャワー浴
	洗身能力	自立・一部介助・全介助
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助
	特記事項	

裏面記入欄あり

診療情報提供書

介護老人保健施設 サニーヒル

氏名	男・女		生年月日 明治・大正・昭和			
			年 月 日 () 歳			
住所			身長: _____ cm	体重: _____ Kg		
病名						
症状・経過						
投薬内容						
検査	検血	赤血球		検尿	蛋白	(- ・ +)
		白血球			糖	(- ・ +)
		ヘモグロビン			潜血	(- ・ +)
		ヘマトクリット			HBs抗原	(- ・ +)
		血小板			HCV抗体	(- ・ +)
	生化学	総コレステロール		感染症	Wa	(- ・ +)
		中性脂肪(TG)			疥癬	(- ・ +)
		HDLコレステロール			MRSA	(- ・ +)
		LDLコレステロール				
		鉄(Fe)		胸部X-P		
		AST(GOT)				
		ALT(GPT)				
		BUN				
		クレアチニン				
アルブミン		咽頭・喀痰				
ヘモグロビンA1c						
既往等あり	心電図 : _____					
必要な場合	血糖値 : _____					
	療養食 : 無 ・ 有 ()					
皮膚疾患	〔褥瘡〕 無 ・ 有 (部位: _____) (程度: _____)					
	〔その他〕 無 ・ 有 (疾患名: _____) (部位: _____) (程度: _____)					
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()					
問題行動	なし・徘徊・不穏・暴言・攻撃行動・不潔行為・その他()					
日常生活自立度	J ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症老人自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M					
令和 年 月 日	認知症の類型()					

医療機関名

住所

電話番号

医師名

