

# 綾部さくらホーム 利用申込書

記入日 平成 年 月 日

ご利用区分		<input type="checkbox"/> 入所		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> リハビリステイ		<input type="checkbox"/> デイケア		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ			
利用者	フリガナ						申請者	フリガナ					
	氏名							氏名					
	住所 〒	-						住所 〒	-				
	電話番号							続柄					
	FAX番号							電話番号					
	明・大・昭	年 月 日生(歳)			男・女			FAX番号					
緊急連絡先 (※必須)	フリガナ	(昼・夜)			続柄	住所	電話 携帯						
	①氏名												
	フリガナ	(昼・夜)			続柄	住所	電話 携帯						
	②氏名												
	フリガナ	(昼・夜)			続柄	住所	電話 携帯						
	③氏名												
介護保険	被保険者番号					XXXXXXXXXX							
	要介護区分					要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5					
	介護認定有効期限					平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで							
	介護保険限度額認定証 (有・無) → 有の場合 (第 段階)												
医療保険	健康保険 (75歳未満の方)		保険者番号										
			記号・番号			.							
	後期高齢者医療 (75歳以上の方)		保険者番号			3	9						
			被保険者番号										
身体障害者手帳 (有・無) 種 級 障害名 ( )													
現在の生活		<input type="checkbox"/> お一人暮らし <input type="checkbox"/> 老人世帯(ご夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居者あり (誰と )											
		<input type="checkbox"/> 施設利用中 (施設名 ) 平成 年 月 日 より											
		<input type="checkbox"/> 病院入院中 (施設名 ) 平成 年 月 日 より											
かかりつけ病院					連絡先								
かかりつけ医師					連絡先								
担当居宅介護 支援事業所		事業所名			所在地 〒 -								
		担当ケアマネ			連絡先 ( ) -								

# 身体状況等チェックシート(通所リハビリテーション)

※二重線囲みの部分は、該当する項目の□にチェック等でご記入下さい。

**必ず担当ケアマネ様にご記入下さい**

フリガナ				男・女	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)			
利用者名				家族関係(構成)  ─── 				
・主な介護者								
・介護期間								
・介護上気を付けていたこと								
職歴			性格			趣味		
日常生活動作の状況	起上	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行可 <input type="checkbox"/> 杖・押車等使用 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助						
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> リハパン使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用						
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 特殊浴槽の使用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )						
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない						
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 ( 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )						
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し喋れる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 全く喋れない						
	睡眠	<input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 眠れない ( 服薬 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )						
	食欲	( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ) 【食事内容→ <input type="checkbox"/> 米飯・ <input type="checkbox"/> 粥・ <input type="checkbox"/> その他( )】						
	便通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 便秘しがち <input type="checkbox"/> 下痢 ( 服薬 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )						
精神等の状況	ひどいモノ忘れ 自分の名前が答えられない 生年月日が答えられない 年齢が答えられない 大声を出す 場所が分からない 薬の管理が出来ない 周りの無関心 被害的妄想 作り話をする 幻覚・幻聴 感情が不安定 昼夜逆転 暴言・暴行 同じ話をする 介護への抵抗 徘徊 落ち着きが無い 火の不始末 その他( ) (*該当する所に○をつけて下さい)							

◆『デイケアのお申込にあたり、どのような生活を望まれているのか！？』、それぞれの方の思いをご記入下さい。

ご利用者	
ご家族	
担当ケアマネ	

介護サービス共通健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな ①氏名		②男女	③明・大・昭	年	月	日
④住所	電話( ) -					
⑤現在の病名 * 介護サービス提供上、重要なものから順に記入して下さい。	1	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
2	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
3	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
4	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
5	発症日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定	
⑥主な既往歴						
⑦病状及び経過	血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整					
⑧使用中の薬剤 * 用法、用量を記入して下さい						
⑨実施中の処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * ありの場合は実施中の処置にチェックして下さい。また指示事項などがあれば記入下さい。	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> じょくそう処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他					
	指示事項:					
⑩認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり * ありの場合は当てはまる自立度いずれかにチェックして下さい * 問題行動がある場合はその内容を記入して下さい	認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> I 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立して <input type="checkbox"/> II 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる ----- <input type="checkbox"/> a 家庭外で上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 家庭内でも上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> III 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を要する ----- <input type="checkbox"/> a 日中を中心として上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 夜間を中心として上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を要する <input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門的治療を要する 問題行動 内容 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					

⑪胸部X線検査 *原則全員に実施して下さい。但し六ヶ月以内に撮影しており、特に変化の無い場合は、その所見に基づき記入していただいて差し支えありません。 *在宅、身体状況、設備上の都合で実施できない場合は、未実施にチェックし、自覚所見や他の検査所見から、呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。	実施日 年 月 日 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	⑫肝炎ウイルス検査 HBS抗原(+-) HCV抗体(+-) 検査実施日 年 月 日 *原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり、新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づきご記入下さい。また他院での検査や肝炎ウイルス検診のデータがあれば、それを基に記載していただいても差し支えありません。 *実施日はすぐにわかる場合のみ記入していただければ結構です。
	<input type="checkbox"/> 胸部X線未実施:	⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など) *MRSAについては、IVH、気管切開、留置カテーテルなど医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。 *疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。

⑭サービス提供上の留意事項	移送留意: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 入浴: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 食事制限: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 服薬確認: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 留意事項、指示内容:
---------------	--

⑮備考 *特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい	
------------------------------------	--

上記の通り診断する。平成 年 月 日

下記条件に従い複写することに同意する。 この診断書を複写することに同意しない。  
 (いずれかにチェックを入れてください。病状が不安定または複写が不適切な場合は“同意しない”にチェックして下さい)

医療機関名 \_\_\_\_\_ 所在地 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話( ) - FAX( ) -

◎記載上の留意点

1. 全ての項目について記載して下さい。
2. は当てはまる場合にチェックして下さい(例:).
3. \*に従って記入して下さい。
4. 介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像診断の結果等を添付して下さい。
5. この診断書の使用期限は診断日から1年間です(記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません)。

◎複写の条件

1. 使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
2. 複写ができる者は、本人及び本人から文書で委託を受けた介護支援専門員のみです。
3. 上記「複写することに同意する」欄に記載医師がチェックしていること。

複写実施者名 _____ 印 _____	実施日 年 月 日 _____ 診断書記載医師同意確認日 年 月 日
注意点 ①この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し、同意を得てください。 ②上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に、診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。 ③複写は必ず原本から行い、複写したもの各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。	