

介護老人保健施設めぐみ 入所・ショートステイ申し込み書

お申し込み日	平成 年 月 日		
ふりがな	生年月日	M・T・S 年 月 日 (才)	
利用者様氏名	性別	男・女	
ご住所	電話番号		
要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 更新中・区分変更中・新規申請中		
有効期限	平成 年 月 日 ~ 年 月 日 更新申請・区分変更申請等 申請日 平成 年 月 日頃		
現在の居場所	自宅・施設・病院 () * 施設名または病院名を記入して下さい		
かかりつけ医療機関	主治医氏名		

担当ケアマネージャー			
事業所名	電話番号		

ふりがな	続柄		
申し込み代理人	電話番号	自宅	
		携帯	
ご住所			

利用手続き等のご連絡先				
第1連絡先	ふりがな	続柄	電話番号	
	氏名		携帯番号	
			勤務先/電話番号	
	住所			
第2連絡先	ふりがな	続柄	電話番号	
	氏名		携帯番号	
			勤務先/電話番号	
	住所			
第3連絡先	ふりがな	続柄	電話番号	
	氏名		携帯番号	
			勤務先/電話番号	
	住所			

めぐみ以外にお申し込みされている施設	
介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
その他施設 (有料老人ホーム等)	現在利用している介護保険サービス

・利用に至った経緯や入所を希望する理由をご記入下さい:

病歴(診断された年月日と医療機関もご記入ください)

病名	年月日	医療機関
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

① めぐみをご利用するにあたりご不安な点やご要望等をご記入下さい。

・医療面:

--

・介護面:

--

・栄養面:

--

・施設生活における利用者様のご希望・ご要望:

--

・施設生活における家族様のご希望・ご要望:

--

② ご希望の入所時期と入所期間をご記入ください。

今すぐ入所したい 平成 年 月 日頃までに入所したい

③ めぐみ退所後の予定

(自宅 ・ 施設 ・ 検討中 ・ その他)

--

介護老人保健施設 めぐみ

TEL 03-5661-3861

FAX 03-3674-7028

診療情報提供書

作成日:平成 年 月 日

【紹介先】
医療法人社団 自靖会
介護老人保健施設 めぐみ

【紹介元】
医療・福祉機関
所在地
電話
担当医

氏名	様	生年月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)
住所						
診断名						
【現病歴および治療経過・治療方針】						
【既往歴】				【処方内容】		
寝たきり度 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				認知度 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
【現在の他科受診状況】 有りの場合、受診病院(診療所)名をご記入ください。 有・無				介護度 1・2・3・4・5・区・更		
【検査結果】直近の検査値を下記項目すべてご記入ください。(/ 欄には検査日を記入)						
血液一般	WBC		血液理化学的検査	CRP		胸部レントゲン
	RBC			BUN		
	Hb			Cr		
	Ht			BS(食前)		
血液理化学的検査	ALP		血液理化学的検査	HbA1c		心電図
	GOT			TPHA		
	GPT			HBs抗原		
	LDH			HBs抗体		
	TP			HCV抗体		
	アルブミン			蛋白		
	T-Cho		糖		感染症	
	TG		潜血			MRSA (+ ・ -)
	γ-GTP		ウレリノーゲン			肺結核 (+ ・ -)
	Na		便	潜血		疥癬 (+ ・ -)
K		身長	cm	認知症の有無		
CL		体重	kg	有・無 長谷川式 /30点		

【お願い】

当施設利用のお申込みをいただきましたご利用者様に関する心身状態把握のため、情報提供書の作成をよろしくお願ひいたします。検査データにつきましては詳細の把握をさせて頂いておりますので、添付可能なデータがございましたら添付をお願ひします。なお、検査データ有効期間は、検査日より3ヶ月以内となっておりますのでご注意ください。

氏名 _____

作成日: 年 月 日

日常生活調査票

身長: _____ 体重: _____

記入者氏名: _____

移動	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (形態: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器)				備考:	
	車椅子	操作	<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 車椅子ブレーキ理解: 有 ・ 無				
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	基本動作	寝返り (可・不可)		起き上がり (可・不可)			
	立ち上がり (可・不可)		つかまり立ち (可・不可)				
座位	座位保持時間 _____ 時間						
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食 (_____) kcal _____ 塩分 _____ g <input type="checkbox"/> PEG (製品名 _____) ・サンエットに変更 可・否 経口摂取 有・無						
	摂取方法	自立	一部介助	全介助	自助具	<input type="checkbox"/> 有 (_____) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	食事形態	(主食: _____) (副食: _____)		摂取量	(主食: _____ 割) (副食: _____ 割)		
	補助食品	<input type="checkbox"/> 有 (_____) ・ <input type="checkbox"/> 無					
	禁止食	<input type="checkbox"/> 有 (_____) ・ <input type="checkbox"/> 無	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (_____) ・ <input type="checkbox"/> 無			
	むせ	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 とろみ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無					
排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				尿意(有・無) 間隔:	
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ					
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				便意(有・無) 間隔: 最終排便 /	
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ					
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 最終入浴 /						
	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 一般浴						
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 義歯(上・下・なし)						
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々不良 <input type="checkbox"/> 不良 眠剤 有(_____) ・ 無 入眠時間: _____ 離床時間: _____			不眠時の様子:			
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない 補聴器: 有(右・左)・無						
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡: 有・無 点眼: 有(_____) ・ 無 <input type="checkbox"/> 白内障: 有(右・左)・無 白内障手術: 有(右・左)・無						
コミュニケーション	言語表現	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		コミュニケーション方法:			
	言語理解	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		ナースコール理解: 有・無			
麻痺	有・無 部位: _____		浮腫	有・無 部位: _____			
拘縮	有・無 部位: _____		欠損部位	有・無 部位: _____			
褥瘡	有・無 部位: _____		処置: _____				
周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 * チェックある際は、具体的にご記入下さい。						