

ご利用までの手続について

利用相談 …… 支援相談員、生活相談員が窓口となり、ご利用に関する相談をお伺いします。

ご利用に必要な書類は、下記の5種類あります。

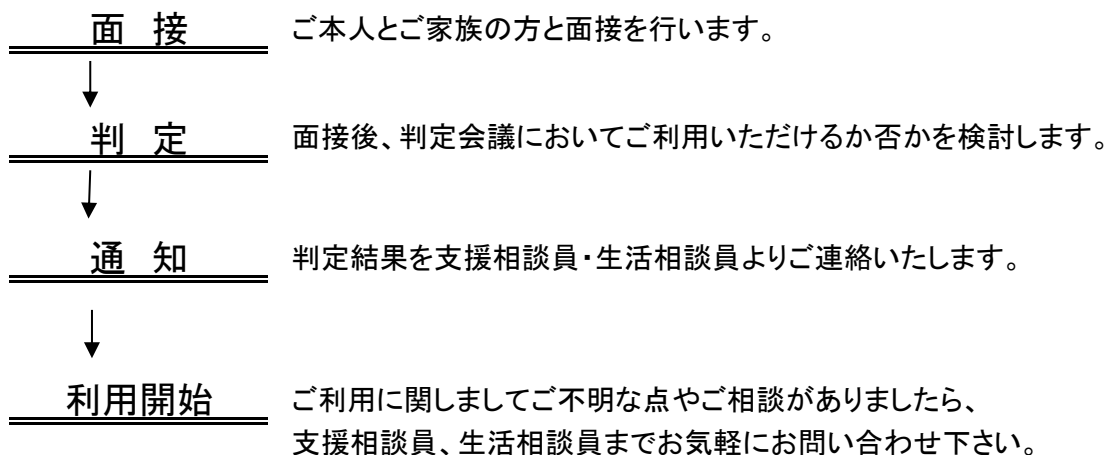
利用申込書	ご家族の方
診療情報提供書	入院・入所中の方……………ご利用施設の主治医 在宅で生活されている方……………かかりつけ医
日常生活動作状況	入院・入所中の方……………ご利用施設の看護師か介護士 在宅で生活されている方……………ケアマネージャー
食事調査票	入院・入所中の方……………ご利用施設の管理栄養士か看護師 在宅で生活されている方……………ご家族の方かケアマネージャー
ご希望、ご要望用紙	ご家族の方
緊急連絡先	ご家族の方

※ 病院に、ご入院中の方は看護サマリーの作成もお願いします。

上記にてご記入頂きます様、お願いします。

面接に必要なもの

- ・健康保険証 ・介護保険証（原本・コピー I 部）
- ・老人医療受給者証（75歳以上の方は後期高齢受給者証）
- ・介護保険標準負担額減額認定書（お持ちの方のみ）
- ・介護保険負担割合証（お持ちの方のみ）
- ・身体障害者手帳（お持ちの方のみ）



診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元

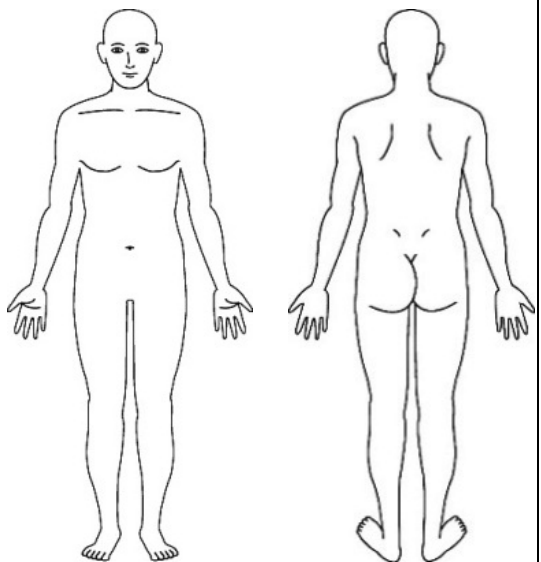
所在地

TEL

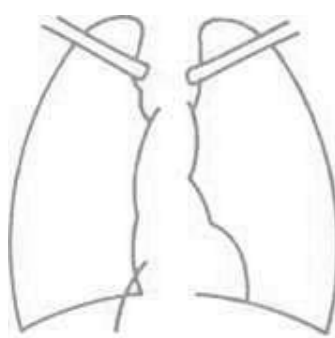
名称

医師

印

氏名	様 (男・女) M・T・S	年	月	日生	歳
傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)					
既往歴とその発症年月					
症状経過、検査結果及び治療経過			麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい		
					
現在の処方					
禁忌薬剤 ()					
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2					
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I II a II b III a III b IV M					
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)					
備考					

診療情報提供書

検査所見 (年 月 日)																																																													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">白血球数</td><td style="width: 10%;">()</td><td style="width: 10%;">× 10³/mm³</td></tr> <tr><td>赤血球数</td><td>()</td><td>× 10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>血色素量</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>ヘマトクリット</td><td>()</td><td>%</td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>()</td><td>× 10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>AST</td><td>()</td><td>μ/l</td></tr> <tr><td>ALT</td><td>()</td><td>μ/l</td></tr> <tr><td>尿素窒素</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>クレアチニン</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>ナトリウム</td><td>()</td><td>mEq/l</td></tr> <tr><td>カリウム</td><td>()</td><td>mEq/l</td></tr> <tr><td>カルシウム</td><td>()</td><td>mEq/l</td></tr> <tr><td>血清蛋白</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>CRP</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>血糖値</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>HbA1c</td><td>()</td><td>%</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">※HbA1cは糖尿病の方のみ</td></tr> </table>	白血球数	()	× 10 ³ /mm ³	赤血球数	()	× 10 ⁴ /mm ³	血色素量	()	g/dl	ヘマトクリット	()	%	血小板数	()	× 10 ⁴ /mm ³	AST	()	μ/l	ALT	()	μ/l	尿素窒素	()	mg/dl	クレアチニン	()	mg/dl	ナトリウム	()	mEq/l	カリウム	()	mEq/l	カルシウム	()	mEq/l	血清蛋白	()	g/dl	血清アルブミン	()	g/dl	CRP	()	mg/dl	血糖値	()	mg/dl	HbA1c	()	%	※HbA1cは糖尿病の方のみ			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">尿</td> <td style="padding: 5px;"> 蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">感染症</td> <td style="padding: 5px;"> HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">皮膚疾患</td> <td style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">無 ・ 有</div> 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位)) </td> </tr> </table>	尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)	感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性)	皮膚疾患	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">無 ・ 有</div> 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位))
白血球数	()	× 10 ³ /mm ³																																																											
赤血球数	()	× 10 ⁴ /mm ³																																																											
血色素量	()	g/dl																																																											
ヘマトクリット	()	%																																																											
血小板数	()	× 10 ⁴ /mm ³																																																											
AST	()	μ/l																																																											
ALT	()	μ/l																																																											
尿素窒素	()	mg/dl																																																											
クレアチニン	()	mg/dl																																																											
ナトリウム	()	mEq/l																																																											
カリウム	()	mEq/l																																																											
カルシウム	()	mEq/l																																																											
血清蛋白	()	g/dl																																																											
血清アルブミン	()	g/dl																																																											
CRP	()	mg/dl																																																											
血糖値	()	mg/dl																																																											
HbA1c	()	%																																																											
※HbA1cは糖尿病の方のみ																																																													
尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)																																																												
感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性)																																																												
皮膚疾患	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">無 ・ 有</div> 疥癬 (部位)) 褥瘡 (部位)) その他 ()) (部位))																																																												
胸部 X 線所見 (撮影 年 月 日)																																																													
できるだけ写真を添付して下さい																																																													
																																																													
心電図所見 (年 月 日)																																																													

検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。

検査データは、なるべく直近3ヶ月以内のものをお願いします。

《日常生活動作状況》

記入日 年 月 日

利用者様ご氏名 様 (男・女)

身長 cm 体重 kg

ご記入者 様
(職種又は続柄)

		当てはまるものを○で囲んでください。	備考
基本的動作	移動 (移動手段)	自立 見守り 一部介助 全介助 独歩 杖 歩行器 車椅子(自操・介助) リクライニング つたい歩き 手押し車	最終転倒転落日 年 月 日
	乗り移り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	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	
	座位保持	自立 時々姿勢不良 不可	
	立位保持	自立 見守り 一部介助 全介助 つかまり立ち (可・不可)	
	転倒	なし 時々 頻回 要見守り 転倒予防策 ()	
	転落	なし 時々 頻回 要見守り 転落予防策 ()	
	年 月 日		
食事	自立 見守り 一部介助 全介助 胃ろう 嚥下困難 (無・有) とろみ (無・有) 義歯 (無・有 上 下)		
入浴	種類 浴槽内移動 洗体	シャワー浴 リフト浴 寝浴 家庭浴 (跨いで入る一般浴槽) 自立 見守り 手引き シャワーチェア 自立 見守り 一部介助 全介助	拒否 (無・有)
排泄	トイレ動作 尿意 排便 (日中) (夜間)	自立 見守り 一部介助 全介助 バルーン ストマ 有・無 (常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない) 毎日有り 1週間に () 回くらい 下剤 (使用・不使用) トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ	夜間トイレ回数 回数 ()
更衣	上半身 下半身	自立 見守り 一部介助 全介助 自立 見守り 一部介助 全介助	
整容	歯みがき 洗面	自立 見守り 一部介助 全介助 義歯洗浄 (可・不可) 自立 見守り 一部介助 全介助	
意思の疎通	視力 聴力 意思の表出 理解力 言語障害	普通 見えにくい (右・左) 全く見えない (右・左) 眼鏡 (無・有) 自立 聞こえにくい (右・左) 全く聞こえない (右・左) 補聴器 (無・有) 問題なし やや困難 困難 ナースコールの使用 (可・不可) 問題なし やや困難 困難 無・有	
心身の状態	無気力 感情の起伏が激しい 物忘れがある (季節・人の顔・場所・日時) 物が無くなったと言う 徘徊 収集癖 脱衣 幻覚 妄想 せん妄 帰宅願望 介護抵抗 不穏 異食行為 大声 暴力 不潔行為 夜間の興奮 その他 ()		対応策
睡眠	良眠 時々不眠 不眠 昼夜逆転 その他 ()		
服薬	服薬管理 (施設で管理必要・自己管理が可能) 内服 (自己にて飲める・手渡しにて声かけ必要・介助必要) 点眼薬 (無・有) 外用薬 (無・有)		
皮膚疾患	無・有 (疾患又は状態)		
本人の趣味・習慣			飲酒 (無・有) 喫煙 (無・有)
本人の性格・生活歴 (出身・職歴など)			
その他、ご要望、ご心配なことがありましたらご記入ください。			

お食事についての調査票

記入日 年 月 日

利用者様 氏名

身長 cm 体重 kg (月 日現在)

記入者：家族・ケアマネージャー・看護師・管理栄養士・その他()

指示食種： 食()

指示栄養量：エネルギー kcal、タンパク質 g、塩分 g

● 食品の好き嫌いはありますか、それは何ですか。

好きな食品()

嫌いな食品()

アレルギー食品()

● 主食：米飯・軟飯・おにぎり・全粥・粥ミキサー・パン・その他()

● 副食：普通食(軟菜)・一口大・刻み(あら刻み)・極刻み(みじん)
ミキサー・ミキサーとろみ・その他()

● 朝食：米飯・軟飯・おにぎり・全粥・粥ミキサー・パン・その他()

● 間食：おやつは召し上がりますか(食べる・食べない)
おやつ形態(普通・一口大・刻み・ミキサー) その他()

● 咀嚼状態：良好・普通・問題あり

義歯：有(総義歯・一部義歯・使用していない) 無(自歯・歯茎のみ)

● 嚥下状態：良好・普通・問題あり(食べ物・汁もの・両方)

食べ物を詰まらせたことがある(ある・なし)

● 食事摂取状況：食事介助(自立・一部介助・全介助)

摂取量 主食：全量・その他(割)

摂取量 副食：全量・その他(割)

食事の時に(エプロン・スプーン：大・小 フォーク：大・小 自助スプーン・箸)が必要

食事の時に自助食器の使用(必要・不要)

自助スプーン・箸である場合(私物・施設貸し出し)

経管栄養をしている(胃ろう・その他)

注入している濃厚流動食 種類： エネルギー： kcal/日

● 食事摂取時間：()分程度

● 以下の項目にあてはまるものはありますか。

異食・食べこぼし・集中できない・その他()

食事について何か配慮することや、利用者様、ご家族様のご意向がありましたら下部にご記入下さい。

ご希望、ご要望用紙

介護老人保健施設(以下、老健)は法令に基づき、病状が安定し介護が必要な状態の方に対し、介護サービス計画に基づき、医学的管理の下、看護、介護、機能訓練(リハビリ)及び日常生活に必要な援助を行ない、利用者が有する能力に応じ自立した生活を送れるように支援し、家庭への復帰を目指す施設です。

この用紙は老健のご利用を希望されるにあたり、より快適なサービスの提供、老健の方針に沿った施設の利用をしていただく為、あらかじめご本人、ご家族へご利用に対するご希望等をお伺いする為の用紙です。ご記入に当たってはご家族のみではなく、利用されるご本人の意見もしっかりとご確認いただき、ご記入ください。

① 老健のご利用を希望される理由をお伺いいたします。該当する欄に○印と記入欄にご記入ください。

1. 本人の介護に困難が生じている。
2. 入院・入所中の施設より退院・退所を迫られている。
3. リハビリを目的に利用し、在宅生活への復帰を希望している。
4. その他(下記の記述欄にご記入下さい。)

記入欄: 入所を希望する理由や、何か特に伝えたいことがございましたら下記へご記入ください。

② 老健をご利用いただくことで、どのような目標を達成できれば良いとお考えでしょうか? 「しっかり歩けるようになり、家に帰りたい」などのご本人の目標や「一人でトイレに行けるようになって欲しい」などのご家族のご本人に対する希望や目標をお聞かせください。また「交流が苦手なので職員が間に入って交流を促して欲しい」、「手が動き難いのでボタンは手伝って欲しい」、「家での介護にあたり、介護方法を教えて欲しい」など当施設をご利用するに当たってのご要望等もございましたら、併せてご記入ください。

ご本人

ご家族

③ 現段階での今後に対するご希望をお聞かせください。該当する欄に○印と現状では在宅が困難で施設を希望されている方でも「トイレが自分でできれば・・・」、「食事の世話がサービス等で何とかできれば・・・」等、状態によっては在宅での生活も検討が可能な場合は具体的な条件、希望もご記入下さい。

1. 在宅復帰を希望している。
(身体面や住環境の改善希望やサービス利用を希望、検討されている方は下記にご記入ください。)
2. 状態を問わず、今後は施設利用を希望している。
(下記に理由と現段階で当施設以外に申し込まれている施設をご記入ください。)
3. 現段階では決まっていない。
(下記に決まっていない事情等がございましたら、ご記入ください。)

記入欄: 例「トイレに一人でいけるようになれば在宅を検討したい。」、「家族の事情で同居が難しい」、「家でみたいが介護ができるかどうかもわからず迷っている」等

当施設以外に現在申し込んでいる施設、または申し込みを予定している施設があればご記入ください。

④ ご本人の介護保険を利用し、手すりやトイレ等の住宅改修の有無をお聞かせください。(有・無)
* 介護保険を利用せず、全額自己負担で改修されている場合は 無 に○してください。

ご協力ありがとうございました。

緊急連絡先

利用者	フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名				

緊急連絡先1	フリガナ		性別	続柄	年齢	
	氏名				歳	
	住所	〒 -				
	電話	-	-	携帯電話	-	-
	FAX			会社電話	-	-
	備考					

緊急連絡先2	フリガナ		性別	続柄	年齢	
	氏名				歳	
	住所	〒 -				
	電話	-	-	携帯電話	-	-
	FAX			会社電話	-	-
	備考					

緊急連絡先3	フリガナ		性別	続柄	年齢	
	氏名				歳	
	住所	-				
	電話	-	-	携帯電話	-	-
	FAX	-	-	会社電話	-	-
	備考					

在宅医	医療機関名		医師名	
	電話			
居宅	事業所		在宅 ケアマネ	
	電話			