

# 入所利用者申込書

介護老人保健施設

サンセール世田谷大蔵 施設長殿

記入日

年 月 日

入所

年 月 日 :

紹介先 : 行政 ・ 病院施設 ・ 居宅介護支援事業所( 担当: ) ・ 訪問看護 ・ その他

介護認定度 : 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中 / 区変中

変更年月日 : 年 月 日 変更後 : 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

負担限度額認定証 : なし ・ あり 1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階

利用者 フリガナ氏名 男 女 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生 歳

住所 〒 TEL ( )

相談者 フリガナ氏名 歳 続柄

住所 〒 自宅 ( )  
携帯 ( )

勤務先名 TEL ( )

入所 : ヶ月程度 居室希望 : 四人部屋 ・ 個室

- 利用理由
1. 身体的介護困難 (移動 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 食事 ・ 着脱)
  2. 認知症で介護困難 (徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 問題行動( ))
  3. その他

現在の状況

1. 在宅生活中 (同居 ・ 独居 ・ 別居) かかりつけ医 病院・医院
2. 入院中 ( 病院 ) 入院日 / / ~ / /
3. 入所 ( ) 入所日 / / ~ / /

※3ヶ月前の状況: 施設 ・ 病院 ・ 自宅 ( )

病歴

退所後の方向性 在宅 ・ 特別養護老人ホーム ・ グループホーム ・ その他施設( )

	フリガナ氏名	続柄	年齢	住所	TEL
緊急連絡先	①			〒	自宅 携帯
	②			〒	自宅 携帯
	③			〒	自宅 携帯

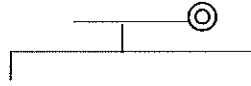
夜間

# 家族構成等記入票

様

## 家族構成

\*ご本人には◎を付け、同居のご家族は○で囲んで下さい。



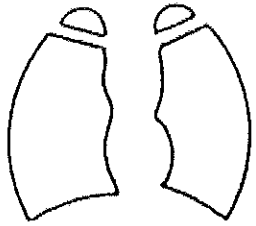
## 性格

## 生活歴・入所までの経緯

既往歴(病名・入院先・治療状態)※完治の場合いつ完治したのか日付も記入

# 診療情報提供書

サンセール世田谷大蔵

ふりがな	性別	生年月日			
氏名		( M ・ T ・ S ) 年 月 日生 ( 歳 )			
現病歴 ※受診の科が複数の場合は、それも含めてお願い致します。	身長	cm	体重	Kg	
	感染症 ※①~④は必須です	①MRSA(咽頭より) ( - ・ + ・ ++ ・ +++ )			
		②HBs抗原 ( - ・ + )			
		③HCV抗体 ( - ・ + )			
④梅毒 ( - ・ + )					
⑤その他 ( )					
皮膚疾患	疥癬 ( - ・ + )				
	褥瘡				
	湿疹				
既往歴 ※時系列にて、手術の場合術式もお願い致します。	血液検査		採血日 年 月 日		
	※3か月以内の採血のデータ用紙添付をお願い致します。				
	TP	TG	Cl		
	ALB	HDL-cho	BUN		
	AST	LDL-cho	クレアチニン		
	ALT	HGB	CRP		
	r-GTP	Na			
	T-cho	K			
	血糖	空腹時 or _____h後 の血糖値			mg/dl
	HbA1C(DMがある時):				
インシュリン 有 ・ 無 : (単位 )					
探尿					
潜血	蛋白	糖	ウロビリノーゲン	ビリルゲン	PH
内服薬等 ※服用されている全てのお薬についてご記入をお願い致します。(眼科や整形外科等のお薬も全てお願いいたします) ※資料添付可	要介護度				
	要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5)		
	認知症の有無(有・無) 有の場合の日常生活度				
	□ I □ II □ IIa □ IIb □ IIIa □ IV □ M				
	精神状態 (認知症状、躁鬱等)				
	胸部レントゲン所見		心電図所見		
	年 月 日		年 月 日		
	結核既往 ( 有 ・ 無 年 歳 )				
					
	異常: 有 ・ 無		異常: 有 ・ 無		
特記事項	上記のとおり情報を提供いたします。				
	年 月 日				
	所在地				
	医療機関名				
医師名					

内容				
食事	形態	常食・粥( )・刻み( )・一口大・ペースト		
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク) ・一部介助 ・ 全介助		
	制限	カロリー( ) ・塩分( ) その他( )		
	好き嫌い	好( ) 嫌( ) ・禁食( ) ※嫌いなものはどの程度の苦手さかも記入をお願いいたします。		
	水分	とろみ( 有 ・ 無 ) 他(ストロー使用等 )		
	問題・工夫			
排泄	方法	日中:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTトイレ(自立・介助)・パット・オムツ 夜間:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTトイレ(自立・介助)・パット・オムツ		
	尿意・便意の有無	有 無		
	1日の排泄回数	日中( 回) 夜間( 回)		
	便秘の有無	有 ・ 無		
	夜間の対応	自立 ・ 定時の声掛け		
	問題・工夫			
清潔	方法	一般 ・ 機械 ・ 他		
	洗身	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	洗髪	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	問題・工夫			
更衣	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	ボタンのかけはずし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	ズボンの上げ下ろし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	靴下着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	問題・工夫			
移動	歩行	自立歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ つたえ歩行 ・ 這う ・ 車椅子 ・ シルバーカー ・ 手引き歩		
	ふらつき	有 ・ 無 (転倒の危険性 有 ・ 無)		
	車椅子操作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	座位保持	可能 ・ 不可 ・ 傾斜(右 ・ 左)		
	車椅子からの立ち上がりの危険性	有 ・ 無		
	立位保持 問題・工夫	可能 ・ 不可 可能な場合おおよその時間( )		
身の回り	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	義歯管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	爪切り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	歯磨き	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	髭剃り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	うがい	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	手洗い	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	洗顔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		
	意思疎通	可能 ・ 不可		
問題行動	有 ・ 無			
視力・聴力	視力:( ) 聴力( )			
運動障害	有 ・ 無			
麻痺	有 ・ 無 部位:			
拘縮	有 ・ 無 部位:			
問題行動	徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 夜間せん妄 放尿 ・ 異食 ・ 盗食 ・ 暴力行為 ・ 収集癖 ・ オムツいじり			
	その他( )			