

利用申込書 (入所)

氏名	フリガナ _____	男・女	明治	年	月	日生
	_____		大正			(歳)
住所	〒 _____					
	電話 (_____)					
要介護認定	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中
生活保護						有 無
認定期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
介護保険負担限度額認定証	あり(第3段階 第2段階 第1段階) なし 不明					
利用する理由						
入所希望日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	入所希望期間	_____ ヶ月			
現在の状態	①自宅②入院中(_____ 病院) ③施設入所中(_____)					
希望の居室	① 4人部屋 ② 個室					
今後の方向性	① 自宅 ②特別養護老人ホーム(申込施設名: _____) ③ その他(_____)					
居宅支援事業所			ケアマネージャー名			
利用を申し込みます						
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
身元引受人	〒 _____					
	住所 _____					
	フリガナ _____					
	氏名 _____ (続柄 _____) 印					
	電話番号 昼間 _____ (_____)					
	夜間 _____ (_____)					
	携帯 _____ - _____					
介護老人保健施設すめらぎ 施設長 殿						

日常生活や身体の状態について、当てはまるものを○で囲んでください。

食事形態	主食	ご飯・軟飯・全粥・ミキサー粥		治療食	エネルギーコントロール	Kcal
	副食	普通・きざみ・極きざみ・ソフト・ミキサー			塩分制限	なし・あり()g
					ワロファリン服用	なし・あり
好きな食べ物				嫌いな食べ物		
食物アレルギー		なし・あり()				
摂取状態	自力摂取：箸・フォーク・スプーン・要介助()				自菌：あり・なし	
	飲み込み：問題なし・やや困難・困難(特にむせ：なし・時々あり・(水分・固形物)にむせる・特に()とろみ：要・不要				義菌：あり(上・下)なし	
排泄	尿意：あり・なし・不明		昼：トイレ・ポータブルトイレ・尿器・リハパン・オムツ			
	便意：あり・なし・不明		夜：トイレ・ポータブルトイレ・尿器・リハパン・オムツ			
動作		自立・要介助(トイレに移る時・ズボンの上げ下げ・その他)				
入浴	自宅入浴		自立・要介助(浴槽への出入り・洗身・その他)			
	デイサービス(訪問入浴)利用：一般浴・リフト浴・特浴					
歩行	自由に歩くことが可能		車椅子	操作：自立・介助		
	歩けるが転びやすく見守り必要			移乗		
	手すりにつかまれば可能(m程度)			車椅子 ⇄ トイレ：自立・要介助		
介助すれば可能(m程度)		車椅子 ⇄ ベッド：自立・要介助				
床をずって移動		座位：できる・背もたれ必要・できない				
つまづく・転ぶ：する・しない		立位：できる・つかまればできる・できない				
寝返り	できる・つかまればできる・できない		エアーマット	使用中・要・不要		
着替え	できる・時間をかければできる 要介助()		整容	できる・時間をかければできる 要介助()		
視力	良い・やや悪い・悪い		聴力	良い・やや悪い・悪い		

精神の状況について当てはまるものに○、頻繁な場合は◎をしてください。介護の参考にさせていただきます。

- ・夜眠れない
- ・意思の疎通が図れない
- ・便等をこねてしまう
- ・大声を出したり奇声を上げる
- ・同じことを言う
- ・意思の伝達が一方通行
- ・トイレ以外で放尿する
- ・人から世話をされることを嫌う
- ・実在しないものが見えたり声が聞こえる
- ・事実でないことを事実と思い込む
- ・作り話をする
- ・時間と場面の勘違い
- ・ベッドから落下する
- ・雑多に物を集めてしまう
- ・物忘れが多い
- ・興奮しやすい
- ・食品以外のものを食べる
- ・歩き(這い)回る・外へ出たがる
- ・満腹感が無い
- ・物を壊す
- ・自分の体を傷つける
- ・わざと介護者を困らせる
- ・怒鳴る、暴力をふるう
- ・うつ状態である
- ・不安が強く人を呼ぶことが多い
- ・転倒の危険が高いが立ち上がったたり歩き出そうとする

本人及び家族から施設に対して希望すること

診療情報提供書

氏名	フリガナ	男・女	大正 昭和				年	月	日生 (歳)		
病名	①	年	月	日	既往症	①	年	月	日		
	②	年	月	日		②	年	月	日		
	③	年	月	日		③	年	月	日		
	④	年	月	日		④	年	月	日		
経過概要					処方内容						
検査結果	MRSA (+・-)	検査部位()			検査日		年	月	日		
	HBS抗原	(+ ・ -)			血圧		/	mmHg			
	HCV抗体	(+ ・ -)			身長		cm				
	Wa氏	(+ ・ -)			体重		kg				
	その他の感染症	()									
血液検査値	ALT(GPT)	()			胸部X-P所見						
	AST(GOT)	()			障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)						
	γ-GTP	()									
	尿素窒素	()			自立	J1	J2				
	クレアチニン	()			A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	CK	()			麻痺 なし						
	アルブミン値	()			あり 部位()						
	総蛋白	()			認知症高齢者の日常生活自立度						
	赤血球数	()									
	血色素	()								正常	I
ヘマトクリット値	()										
入所申し込みにあたり情報提供する <div style="text-align: right;">平成 年 月 日</div> 医療機関名 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医師名 印 </div>											