

介護老人保健施設 錦秀苑
入所・デイケア・ショートステイ利用申込書

申込日 年 月 日

希望 内容	<input type="checkbox"/> 入所									
	<input type="checkbox"/> ショートステイ 年 月 日頃から () 日間程度、送迎 (要・不要)									
	<input type="checkbox"/> デイケア 年 月 日頃から 週 () 回程度、() 曜日、送迎 (要・不要)									

利 用 者	フリガナ 氏名			男 ・ 女	生年月日 明治 大正 年 月 日 () 歳 昭和				
	住所 〒 TEL ()								
者	介護保険		未認定・申請中・認定済み (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)						
	認定の有効期限：平成 年 月 日～平成 年 月 日								
家 族 連 絡 先	氏 名		続柄		住 所			TEL	
	(申込者)							①	
								②	

担当 CM	居宅介護支援事業所名			担当者	連絡先①				
					連絡先②				

現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 (独居・夫婦のみ・家族同居)								
	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名： 平成 年 月 日より)								
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名： 平成 年 月 日より)								
	<input type="checkbox"/> その他；								

移動 手段	独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子				自立・見守り・一部介助・全介助				
----------	---------------------	--	--	--	-----------------	--	--	--	--

過去、介護施設へ入所されていた事がありますか。(必ずご記入下さい)

ある 施設名 () H 年 月 日～ H 年 月 日

施設名 () H 年 月 日～ H 年 月 日

ない

何か伝えておきたいことがあればご記入ください

添付書類

診療情報提供書、日常生活動作表、介護保険証の写し
(デイケア・ショートステイのご利用決定後、ケアプランをお願いいたします。)

記入日 年 月 日

身体状況及び日常生活動作

利用者名

様

麻痺等	麻痺・筋力低下 有 無	上肢（右・左）、全身 下肢（右・左）、その他	
	可動域制限 有 無	肩・肘・膝・股・手指 その他	
動作	寝返り	できる・つかまれば可・できない	
	起き上がり	できる・つかまれば可・できない	
	座位保持	できる・支えで可・できない	
	立位保持	できる・つかまれば可・できない	
	立ち上がり	できる・つかまれば可・できない	
	歩行	自立・見守り・一部介助・不可	
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助	
	移動手段	自立・杖・歩行器・車椅子・その他	
	衣服着脱 上	自立・見守り・一部介助・全介助	
	下	自立・見守り・一部介助・全介助	
食事	食 種	普通食・治療食（ ）	
	主食	米飯・かゆ・ミキサー・その他	
	副食	普通・きざみ・ミキサー・その他	
	摂取動作	自立・見守り・一部介助・全介助	
	摂取量	割程度	
	嚥下	できる・見守り・できない	
排泄	昼 場所：	トイレ・Pトイレ・尿、便器・その他	下着：おむつ・リハパン・パット・パンツ
	夜 場所：	トイレ・Pトイレ・尿、便器・その他	下着：おむつ・リハパン・パット・パンツ
	排尿動作	尿意 有 無 自立・見守り・一部介助・全介助	
	排便動作	便意 有 無 自立・見守り・一部介助・全介助	
	便回数	ほぼ毎日・2,3日おき・その他 下剤 有 無	
睡眠	睡眠状態	良 ・ 不眠傾向 睡眠剤 有 無	
清潔・整容	入浴	一般浴・特浴（キカイ浴）・清拭	
	洗身動作	自立・見守り・一部介助・全介助	
	口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	
	入れ歯 有 無	上 （総・部分） 下 （総・部分）	
	洗顔	自立・見守り・一部介助・全介助	

皮膚	褥瘡	有(部位) 無		
	皮膚疾患	有(部位) 無		
認知・意思疎通	意思の伝達	できる・時々可・ほとんど不可 できない		
	指示への反応	通じる・時々通じる・通じない		
	理解	可能 不可能 不明		
注意すべき行動	被害的	ひどい物忘れ	収集癖	その他
	昼夜逆転	作話	しつこく同じ話	
	幻聴・幻覚	暴力・暴言	大声をだす	
	徘徊	介護抵抗	異食	
	帰宅願望	不潔行為	落ち着きがない	
医療	点滴	酸素	疼痛の看護	その他
	カテーテル	ストーマ	経管栄養・胃ろう	
	視力	普通・1m前は可・目の前・ほとんど見えない・判断不可		
	聴力	難聴 (右・左・両) 補聴器 有・無 問題なし		
	身長・体重	() cm・() kg 月 日測定		
認知度	なし・I・II a・II b・III a・III b・IV・M			
障害度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
<p>[上記以外のことで伝えたいことがあれば記入してください。]</p> <p style="text-align: right;">記入者【Ns・Dr・ケアマネ・ご家族様・他()】</p>				

診療情報提供書

(通所リハビリテーション・短期入所療養介護)

フリガナ 氏名	男・女	生年 月日	M・T・S 年 月 日 歳
住所	TEL		
傷病名	1	発症年月日 年 月	
	2	発症年月日 年 月	
	3	発症年月日 年 月	
既往歴 及び 経過 その他 特記 すべき 事項	処方 内容		内服薬
			外用薬
感染症	有・無	HBs抗原 HCV抗体 MRSA 結核菌 梅毒	皮膚 疾患
			皮膚疾患 [有・無] (部位) 褥瘡 [有・無] 疥癬 [有・無]
通所リハビリテーションの可否	短期入所療養介護の可否		入浴の可否
可・否	可・否		可・否
入浴の際に留意すること			
リハビリ施行の際に留意すること			
現時点における利用にあたっての診断は、上記のとおりです。			
平成 年 月 日			
住所 _____			
医療機関名 _____			
医師名 _____			