

医療法人社団ちとせ会 葵の園 ・ 長久手 利用申込書

申込日 年 月 日

希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション				
ご利用者	フリガナ 氏名	様	男 ・ 女	生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
	住所			電話番号	
お申込者	フリガナ 氏名	様	男 ・ 女	続柄	
	住所			電話番号	
介護保険	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中				
	保険者番号			被保険者番号	
	認定の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
	認定年月日	年 月 日			
	負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食費の負担限度額 300円・390円・650円) <input type="checkbox"/> 申請中			
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり ( 市・町)	
緊急連絡先	①氏名	続柄 ( )	住所:	電話:	携帯:
	②氏名	続柄 ( )	住所:	電話:	携帯:
	③氏名	続柄 ( )	住所:	電話:	携帯:
今後について	<input type="checkbox"/> 自宅復帰 <input type="checkbox"/> 施設継続    他施設申し込み 未・済 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
施設に対する希望	ご本人様	生活に対する希望 (※意思確認困難時は未記入可)			
		リハビリに対する希望 (※意思確認困難時は未記入可)			
	ご家族様	生活に対する希望 (※必ずご記入下さい)			
		リハビリに対する希望 (※必ずご記入下さい)			

# 診療情報提供書

ふりがな 氏名		様(男・女)		明治 大正 昭和	年	月	日生( 歳)
◆現在治療中の疾患名・状態・発症年月日				血液検査			
疾患名		年月日		検査日 年 月 日			
①				WBC		LDL-C	
②				RBC		TG	
④				Hb		UA	
⑤				Ht		BUN	
状態				PLT		CREA	
				TP		Na	
				ALb		K	
				T-BIL		Cl	
				GOT		CRP	
				GPT		FBS	
				AL-p		※HbA1C	
				γ-GTP		※糖尿病歴のある方のみ	
				PT (INR)		BNP	
				◆処方内容			
				QTF-TB		TB 既住のある方	
				尿			
				糖 ( - ± + 2+ 3+ )			
				蛋白 ( - ± + 2+ 3+ )			
				潜血 ( - ± + 2+ 3+ )			
◆既往歴		◆年月日		※ 軟膏 ( 無・有 ) ( )			
①				※ 点眼薬 ( 無・有 ) ( )			
②				※ イブリ注射 ( 無・有 ) ( )			
③				回数・単位数 ( ) イブリ名 ( )			
④							
身長	cm	体重	kg	◆ 認知症老人の日常生活自立度			
血压	/	mm Hg		正常 I・II・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
胸部 × 線	所見 ( 無・有 )		所見 ( 無・有 ) 【所見】		◆ リハビリ 可・否		
					◆ 入浴 可・否		
					◆ 老人保健施設入所可・要通院・要入院		
	撮影日 年 月 日				◆ 特記事項 ( 項目がない事柄等をお書き下さい )		
感染症等	MRSA ( - ・ + )		部位 ( )		◆ アレルギー ( 無・有 )		
	HBs 抗原 ( - ・ + )				( 食物 : )		
	HBs 抗体 ( - ・ + )				( 薬 : )		
	HCV 抗体 ( - ・ + )				皮膚疾患 ( - ・ + )		
	結核 ( - ・ + )		≪活動性・陳旧性・疑い所見≫		疥癬 ( - ・ + )		
上記の通り証明致します。							
年 月 日				医療機関 住所 電話番号 医師名			

㊞

※検査結果は、3か月以内のものをお願いします

介護老人保健施設 葵の園・長久手

# 身体状況調査票

利用者名 \_\_\_\_\_ 様 M・T・S 年 月 日 ( 歳 )

現病名・既往歴		発症時期				
①						
②						
③						
④						
⑤						
【臨床経過】		【処方内容】※療養食がある場合にはご記入下さい				
身体状況	血 圧	/	mmHg	脈 拍	回/分	整 ・ 不整
	言語障害	なし ・ あり		嚥下障害	なし ・ あり	
	麻 痺	なし・あり ( )		拘 縮	なし・あり ( )	
	褥 瘡	なし・あり ( )		浮 腫	なし・あり ( )	
	アレルギー	なし・あり ( )				
	医療処置	なし・あり ( )				
認知症老人の日常生活自立度判定基準			I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
【サービス提供時における医学的留意点・発生する可能性が高い状態など】						

※下記検査項目につきましてはデータがありましたら記載をお願いいたします。

### 【血液検査】

総蛋白		中性脂肪		K	
アルブミン		BUN		白血球	
GOT		クレアチニン		赤血球	
GPT		尿酸		Hb	
γ-GTP		Na		Ht	
総コレステロール		Cl		血糖	

### 【尿検査】

潜血		蛋白	
糖		ウロビリ	

### 【感染症検査】

TPHA		HBS抗原	
疥癬		HCV抗体	
MRSA (部位 _____ )			

【備考】

記載日： 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所： \_\_\_\_\_

記載者： \_\_\_\_\_

事業主：

記載者：

職種：

	自立	見守り	一部介助	全介助	行なわず	
屋内移動						<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖
屋外移動						<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖
階段昇降						<input type="checkbox"/> 手すり
寝返り						<input type="checkbox"/> ベッド柵
起き上がり						<input type="checkbox"/> ベッド柵
座位						<input type="checkbox"/> ベッド柵
立ち上がり						<input type="checkbox"/> 手すり
立位						<input type="checkbox"/> 手すり
移乗						<input type="checkbox"/> 手すり
更衣						
入浴						<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
整容						
家事						
外出						<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> その他 ( )
排泄(日中)						<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> Pトイレ
排泄(夜間)						<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> Pトイレ
尿意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> バルーン						
便意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ストマ						
食事(主食)						<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( )分粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
食事(副食)						<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
食事制限： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )食 ( )Kcal 減塩 ( )g <input type="checkbox"/> その他 ( )						
食事摂取量： <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 1/4量 <input type="checkbox"/> 極少量 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
嚥下障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 胃瘻(経管内容 ( ))						
義歯： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分義歯・上義歯・下義歯・総義歯)						
視力障害	右： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(見えにくい・ほとんど見えない・全く見えない・眼鏡)					
	左： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(見えにくい・ほとんど見えない・全く見えない・眼鏡)					
聴力障害	右： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(聞こえにくい・ほとんど聞こえない・全く聞こえない・補聴器)					
	左： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(聞こえにくい・ほとんど聞こえない・全く聞こえない・補聴器)					
言語障害： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 構音障害・失語・その他 ( )						
意思疎通： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 慣れれば可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 不可能						
問題行動： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 被害妄想・作話・幻視・幻覚・感情不安定・昼夜逆転・暴言・暴力・大声 同じ話を繰り返す・介護抵抗・徘徊・帰宅願望・自室へ戻れない・収集癖 破壊・不潔行為・異食・危険行為・自傷行為・その他 ( )						
特記事項						