

【介護老人保健施設 こまち 利用申込書】

介護老人保健施設こまち 施設長 殿
 記入日 年 月 日

申込内容		<input type="checkbox"/> 入所 ・ <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 ・ <input type="checkbox"/> 再入所					
利用者	フリガナ		性別	生年月日			
	氏名		男 ・ 女	大正 ・ 昭和 年 月 日 歳			
	住所	〒	連絡先				
連帯保証人①	フリガナ		続柄		職業		
	氏名						
	住所	〒	連絡先	自宅等		携帯	
連帯保証人②	フリガナ		続柄		職業		
	氏名						
	住所	〒	連絡先	自宅等		携帯	
連絡先①	フリガナ		続柄		連絡先	自宅等	
	氏名					携帯	
連絡先②	フリガナ		続柄		連絡先	自宅等	
	氏名					携帯	
連絡先③	フリガナ		続柄		連絡先	自宅等	
	氏名					携帯	
家族構成	氏名	続柄	同居	別居	年齢	職業	健康状態

※ 利用者 ・ 連帯保証人① ・ 連帯保証人②の欄は原則自署で記入をお願い致します。

※ 連帯保証人②は、原則別世帯で就労している方をお願い致します。

介護保険	申請中（申請日： 年 月 日） ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 認定の有効期限（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日） 居宅介護支援事業所： 担当介護支援専門員： 介護保険負担限度額認定証： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 負担割合証： 割		
医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険(健康保険等) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護(市区町村：) <input type="checkbox"/> その他 ()		
手帳関係	<input type="checkbox"/> 原爆手帳 <input type="checkbox"/> 障害者手帳（身体 ・ 知的 ・ 精神 種 級） <input type="checkbox"/> 障害者医療証 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅	主な介護者： 続柄： 医療機関： <input type="checkbox"/> 受診している ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名： 主治医：	
	<input type="checkbox"/> 入院中	医療機関名： 主治医： 病名： 入院日： 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	施設名： 入所日： 年 月 日	
利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリ希望（希望内容：) <input type="checkbox"/> 在宅介護困難(理由：) <input type="checkbox"/> その他（理由：)		
介護保険サービス	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(往診等) 週 回または月 回(機関名：) <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回または月 回(機関名：) <input type="checkbox"/> 訪問介護 週 回または月 回(機関名：) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 週 回または月 回(機関名：) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション 週 回または月 回(機関名：) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション 週 回または月 回(機関名：) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 週 回または月 回(機関名：) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) 週 回または月 回(機関名：) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（物品名：) (機関名：) <input type="checkbox"/> その他 () 介護老人保健施設入所利用： (有 ・ 無) 期間： 年 月 日～ 年 月 日		
住宅状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て 専用居室（有 ・ 無） 階建て 階 畳 <input type="checkbox"/> マンション 専用居室（有 ・ 無） 階建て 階 畳 エレベーター（有 ・ 無） <input type="checkbox"/> アパート 専用居室（有 ・ 無） 階建て 階 畳 エレベーター（有 ・ 無）		
希望期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 ・ <input type="checkbox"/> 2ヶ月 ・ <input type="checkbox"/> 3ヶ月 ・ <input type="checkbox"/> 6ヶ月 ・ <input type="checkbox"/> それ以上		
希望部屋	<input type="checkbox"/> 4人部屋 ・ <input type="checkbox"/> 2人室（別途室料有） ・ <input type="checkbox"/> 個室（別途室料有）		
今後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 主な介護者： 続柄： <input type="checkbox"/> 他施設希望（申込み先：) <input type="checkbox"/> その他 ()		

日常生活動作調査票(ADL表)

No.1

記入日:

利用者氏名:

記入者:

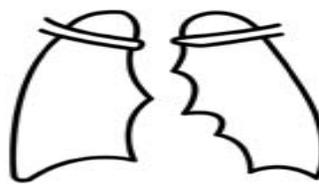
(続柄:

) 要介護度:

項目	状況	備考		
身体状況	活動量	<input type="checkbox"/> 椅子やラウンジなどにいる <input type="checkbox"/> 居室内で過ごすことが多い <input type="checkbox"/> TV見ている <input type="checkbox"/> 塗り絵など <input type="checkbox"/> 新聞・本		
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ギャッジアップ必要		
	座位保持	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 可能 (<input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/> それ未満) <input type="checkbox"/> 背もたれ (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
		立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 掴まる場所が必要 <input type="checkbox"/> L字柵	
	移動	歩行 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> ピックアップ歩行器 <input type="checkbox"/> バギー		
		車椅子	種類 <input type="checkbox"/> 通常型 <input type="checkbox"/> リクライニング 移乗 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 操作 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
			歩行距離	生活の中 <input type="checkbox"/> 30m以上 <input type="checkbox"/> 10m以上 <input type="checkbox"/> 1m以上 <input type="checkbox"/> それ未満 <input type="checkbox"/> 不可 訓練時 <input type="checkbox"/> 30m以上 <input type="checkbox"/> 10m以上 <input type="checkbox"/> 2m以上 <input type="checkbox"/> それ未満 <input type="checkbox"/> 不可
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	階段昇降	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> やっていない <input type="checkbox"/> 1段ずつ降りる (段差:約 cmくらい)		
	食事	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食事形態		主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー粥 <input type="checkbox"/> その他		
		副菜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー菜		
療養食		<input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食(kcal) <input type="checkbox"/> 貧血食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他		
摂取量		<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 8割以上 <input type="checkbox"/> 半分くらい <input type="checkbox"/> それ未満		
トロミ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> むせ込みがある		
道具		<input type="checkbox"/> お箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具()		
水分摂取		<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
口腔ケア		歯磨き動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) (総義歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)		
	義歯管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
身長: cm 体重: kg (測定日:)				
排泄	日中	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		尿便意 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まちまち <input type="checkbox"/> あり 失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
		方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ		
		回数 排尿:約 回 排便:約 回		
	夜間	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		尿便意 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まちまち <input type="checkbox"/> あり 失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
		方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ		
		回数 排尿:約 回 排便:約 回		
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> バルーンチューブ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門)		
保清	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
	洗体・洗髪	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

健康診断書

記載日 年 月 日

氏名	様	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 歳
病名 (診断名)	1		年 月 日	既往歴
	2		年 月 日	
	3		年 月 日	
	4		年 月 日	
病状経過			心電図 異常 (有・無) 診断又は所見:	
			胸部X-P: 異常(有・無) 結核:(有・無) 診断又は所見:	
				
身長:	cm	体重:	kg	アレルギー(無・有):
体温:	℃	血圧:	/	脈拍: 回/分 (整・不整) 呼吸: 回/分
麻痺(無・有) 部位:		拘縮(無・有) 部位:		運動失調(無・有) パーキンソン病(無・有)
視力障害(無・有):		聴力障害(無・有):		嚥下障害(無・有):
医療処置: 肩凝り・留置カテーテル・ストマ・インスリン注射・ペースメーカー・在宅酸素・その他()				
褥瘡(無・有) 部位:		程度:		疥癬:(無・有)
検査年月日 年 月 日 ※下記のデータについては必ずご記入ください				
TP:	Na:	WBC:	HBs抗原(+・-)	
アルブミン:	Cl:	RBC:	HCV抗体(+・-)	
AST(GOT):	K:	Hb:	TPHA(+・-) 部位:	
ALT(GPT):	TG:	Ht:	ESBL(+・-) 部位:	
クレアチニン:	T-CHO:	Pic(血小板):	MDRP(+・-) 部位:	
BUN:	HDL:	LDL:	MRSA(+・-) 部位:	
CRP:	※糖尿病(既往歴も含む)ある方	血糖:	HbA1C:	
尿蛋白:	尿糖:	尿潜血:	ウロビリノーゲン:	
障害老人日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知症老人日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
BPSD(無・有)	暴力・暴言・徘徊・拒絶・不潔行為・異食・奇声・独語・その他()			
最近の処方・処置内容				
医療機関名		科		TEL FAX 医師 印

介護老人保健施設 こまち