

利用申し込み書

○ 通所のみを申し込まれる方は*印欄は未記入で構いません。 平成 年 月 日

利用者	ふりがな		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	名前		男・女	日	歳	
	住所	〒		電話番号		
	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		介護保険標準負担限度額* / 無・有 (段階)		
	負担割合	1割 ・ 2割		障害者手帳	無 ・ 有	
	年金種類*	老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金		年収(年金)額*	約 円	
	生活保護	無 ・ 有 (担当福祉事務所) 担当				
申請者	ふりがな 名前	続柄:		生年月日	大・昭・平 年 月 日	
	住所			電話番号	自宅 携帯	
	勤務先				勤務先	
連絡先	1	ふりがな 名前	続柄:		生年月日	大・昭・平 年 月 日
		住所	〒		電話番号	自宅 携帯 勤務先
		勤務先			メールアドレス	
	2	ふりがな 名前	続柄:		生年月日	大・昭・平 年 月 日
		住所	〒		電話番号	自宅 携帯 勤務先
		勤務先			メールアドレス	
利用希望	入所	希望期間: 頃 ~ 頃まで・長期・その他 () 退所後の方向性: 自宅・他施設・病院・その他 () 部屋希望: 4人部屋 ・ 個室				
	所入期短	希望期間: 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 部屋希望: 4人部屋 ・ 個室 送迎: 無・有 (送り・迎え)				
	所通	希望曜日: 月・火・水・木・金・土・曜日不問 (週 回) 送迎希望: 無・有 入浴希望: 無・有				
申請理由	1. 介護困難 2. リハビリ希望 3. その他 (理由)					

<p style="text-align: center;">その 他</p>	<p>出身地： 職業歴： 宗教：無・有（ ） 趣味： 性格： 嗜好品： アレルギー：</p> <p>特別養護老人ホームの申請： 無・有（申請施設名： ） 他介護老人保健施設申請： 無・有（申請施設名： ）</p>	
<p style="text-align: center;">備 考</p>		

介護老人保健施設 プリムローズ (271001)

心身状況調査票

記入年月日 年 月 日

利用者氏名 _____ 男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日 歳

記入者氏名 _____ 本人との関係 _____

「ない」以外の項目は、詳細や頻度をご記入下さい。

- | | | | | |
|---|-------|------|----|---|
| 1. 日常生活に支障がある程のひどい物忘れがある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 2. 今、体験したこと（食事や入浴など）を忘れる
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 3. 実際にないものが見えたり聞こえたりすることがある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 4. お金や物を誰かに盗られたと騒ぐことがある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 5. 独り言を言っていることがある
(独り言の内容： | いつもある | 時々ある | ない |) |
| 6. 少しのことで泣いたり怒ったりすることがある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 7. どうなってもいい、死にたい、等と言うことがある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 8. 身体の痛みや不調の訴えがある
(訴えの内容： | いつもある | 時々ある | ない |) |
| 9. 自宅や居室に引きこもりがちであり周囲との交流がない
(主な日中の過ごし方： | いつもある | 時々ある | ない |) |
| 10. 夜や明け方に眠れなくなることがあり、起きている
(夜間の様子： | いつもある | 時々ある | ない |) |
| 11. 夜、睡眠薬や安定剤を服用している
(服薬内容と服薬後の様子… | いつもある | 時々ある | ない |) |
| 12. 「家に帰る」と言ったり、意味もなく歩き回ることがある
(頻度・対応： | いつもある | 時々ある | ない |) |
| 13. 興奮して奇声を上げたり、大声を出すことがある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 14. 介護に抵抗し、暴力や暴言がある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 15. ベッドの柵を外したり、乗り越えようとすることがある
(どんな時に、対処方法、頻度など： | いつもある | 時々ある | ない |) |
| 16. 介護時の抵抗やスタッフ・他利用者への暴力や暴言がある
(どんな時に、対応方法、頻度、声の大きさなど： | いつもある | 時々ある | ない |) |
| 17. 盗食・異食行為がある（他の人の食事を食べたり、食物以外の物を口に入れる）
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 18. トイレ以外の所で排泄してしまうことがある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |
| 19. 不潔な行為（便いじり・オムツいじりなど）がある
(| いつもある | 時々ある | ない |) |

改訂長谷川式簡易知能評価スケールなどの評価実施結果がございましたらご記入下さい

その他特記事項があればご記入下さい(生活上のこだわりなど)

麻痺	無 ・ 有 (右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢)		
視力	1. 支障なし (右・左) 2. 見えにくい (右・左) 3. ほとんど見えない (右・左) 4. 全盲 (右・左)		
聴力	1. 支障なし (右・左) 2. 聞こえにくい (右・左) 3. 難聴 (右・左) 4. 全く聞こえない (右・左)		
	眼鏡使用 (無・有) ・ 点眼薬 (無・有) ・ 補聴器 (無・有)		
言語	1. 支障なし	2. 支障あり (失語症・構音障害)	3. その他
意思疎通	1. 可	2. 時々可 ()	3. 不可 ()
褥瘡	無 ・ 有 (部位: 状態や大きさ: 処置内容)		
皮膚疾患	無 ・ 有 (状態)	白癬	無 ・ 有 (状態)
	処置内容:		処置内容:

<ADL状況>

移動	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助	移動手段: 独歩・杖・歩行器・その他 () 車椅子 (自操: 可・不可)
移乗	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助	
排泄	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助 トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ カテーテル ・ ストマ	
	日中 紙オムツ・ 紙パンツ・ パット・ 布パンツ	日中トイレ・ 交換回数: (~) 回
	夜間 紙オムツ・ 紙パンツ・ パット・ 布パンツ	夜間トイレ・ 交換回数: (~) 回
	失禁: 無 ・ 有 尿意: 無 ・ 有 便意: 無 ・ 有 下剤の使用: 無 ・ 有 (頻度)	
入浴	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助 一般浴 ・ 家庭浴 ・ 機械浴 (ストレッチャー・チェアインバス・リフト浴)	
着脱	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助	衣類を自分で準備: 可 ・ 不可
食事	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助	自助具 有 () ・ 無 所要時間: 分
食事	形態	主食: 常食 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ () 分粥 ・ ミキサー ・ 経管栄養 () 副食: 常食 ・ 一口大 ・ キザミ ・ 超キザミ ・ ミキサー むせ込み: 無 ・ 有 トロミ使用: 無・有 () 平均摂取量 (割)
	治療食: 無 ・ 有 () 禁止食: 無 ・ 有 ()	
口腔ケア	1. 自立 2. 一部介助 () 3. 全介助 (ケア内容)	
義歯	無 ・ 有 (部分入れ歯 ・ 総入れ歯) 管理状況 (本人・預かり:)	
寝返り	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 (体位交換頻度…)	
	就寝形態: 布団 ・ ベッド	エアマット他特殊マット使用 無・有 (種類:)
抑制	無 ・ 有 (内容:)	ベッド柵 2点・3点・その他 ()
センサー	無 ・ 有 (内容:) * チェアセンサー含む	

その他特記事項があればご記入ください。(介護上の工夫など)

診療情報提供書 (A)

平成 年 月 日

VER140407

本提供書の有効期限は、上記発行日より3カ月の間とする。

介護老人保健施設

医療機関名 (科名)
所在地
名称
担当医
電話

印

患者氏名	様 (男・女)	明・大・昭	年	月	日
〒住所		電話	—	—	

【診断】

【既往症】

【治療経過】

【処方】

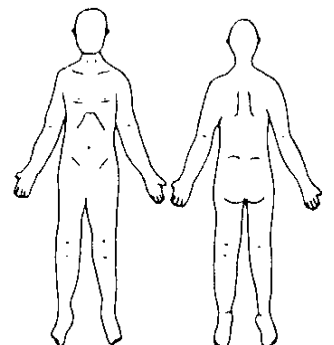
【心身の状態】

(1) 身体の状態

(主治医との協議により、ケアマネジャーによるv点チェック及び記入可)

- 四肢欠損
- 関節の拘縮
- 筋力低下
- 麻痺 (L・R)
- 褥瘡
- 嚥下障害
- 知覚障害
- 難聴
- 失調・不随意運動
- 視覚障害
- 失語症
- カテーテル類留置
- その他の皮膚疾患

<備考>



(2) 日常生活の自立度

ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(3) 認知症の中核症状

・短期記憶 問題なし 問題あり
・認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
・伝達能力 伝達可 多少困難 具体的要求のみ 伝達不可

(4) 認知症の周辺症状

有 無
幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否 徘徊
不潔行為 異食行動 性的問題 火の不始末
その他 ()

(5) 摂食状態

・摂取能力 自立 一部介助 全介助

【検査所見】〔施行日 平成 年 月 日〕

※ 印の項目については6か月以内の検査値、その他は直近の検査値を記入して下さい。

尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血液	白血球数	
	赤血球数	
	血色素数	
	ヘマトクリット	
	血小板	

血液生化学	アルブミン		BUN	
	総蛋白質		Cr	
	GOT		UA	
	GPT		Na	
	LDH		K	
	ALP		Cl	
	γ-GTP		CRP	
	LDL-cho		血糖	(食前・食後)
	HDL-cho		▲HbA1c	
	TG		▲糖尿病歴ある方のみ	

※TPHA		※HBs抗原		※HCV抗体	
-------	--	--------	--	--------	--

MRSA	有・無	疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
------	-----	----	-----	-------	-----

(検出部位)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

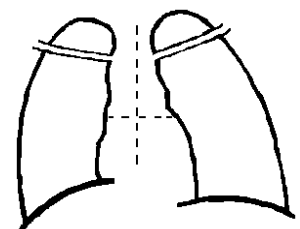
※心電図所見

血圧 _____ / _____

※検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【特記事項】

※胸部X-P所見



※検査 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療情報提供書

居宅介護支援事業者様

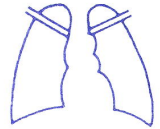
診断日：平成 年 月 日

医療機関所在地・医療機関名
TEL・FAX

(介護保険サービス用) 有効期限:12か月

医師氏名

印

フリガナ						
利用者氏名	性別	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日生(歳)	
主傷病名及び治療状況等(経過)	病状 1. 安定期 2. やや安定期 3. その他()					
既往歴				服薬状況		
感染症疾患の有無	介護サービスを利用する上で、考慮すべき感染症疾患があれば、ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 有 { 具体的に: <input type="checkbox"/> 無 { 検査の結果、所見のなかった項目: <input type="checkbox"/> 不明(現在症状がなく、検査未実施)			レントゲン所見の有無	直近(1年以内)のレントゲン所見をご記入ください。 有・無  ※検査 年 月 日	
認知症に関する日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
日常生活の状況	移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助	着替	自立・一部介助・全面介助
	排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助
血圧(平常時)	/ mmHg 1. 高めの傾向 2. 低めの傾向 3. 変動が大きい 4. 普通					
食事の種類	特になし・腎臓食・肝臓食・糖尿食(Kcal)・流動食・その他()					
褥瘡	無・有(留意事項:)					
移動についての留意事項	無・有(留意事項:)					
入浴の可否	否・可(入浴条件等注意事項:)					
その他特記事項						

※各サービス事業者において必要のない項目は、あらかじめ ~~＝(＝重線)~~ で消してご使用ください。

※採血データがありましたらコピーを添付いただけたら幸いです。

診療情報提供書

診 断 日 : 平成 年 月 日
医療機関所在地
TEL FAX
医療機関名
医 師 氏 名 印

(介護保険サービス用) 有効期限:診断日より12か月

フリガナ			性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日生(歳)
利用者氏名						
主 傷 病 名	病状 1. 安定期 2. やや安定期 3. その他()					
既往歴及び治療状況等(経過)						服薬状況
感染症疾患の有無	介護サービスを利用する上で、考慮すべき感染症疾患があれば、ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 有 { 具体的に: <input type="checkbox"/> 無 { 検査の結果、所見のなかった項目: <input type="checkbox"/> 不明(現在症状がなく、検査未実施)					レントゲン所見の有無 直近(1年以内)のレントゲン所見があればご記入ください。  ※検査 年 月 日
認知症の有無	無 ・ 有()					
認知症に関する日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
日常生活の状況	移動	自立・一部介助・全面介助		食事	自立・一部介助・全面介助	
	排泄	自立・一部介助・全面介助		入浴	自立・一部介助・全面介助	
血 圧 (平常時)	/ mmHg 1.高めの傾向 2.低めの傾向 3.変動が大きい 4.普通					
食事の種類	特になし・腎臓食・肝臓食・糖尿食(Kcal)・流動食・その他()					
褥 瘡	無 ・ 有(留意事項:)					
移動についての留意事項	無 ・ 有(留意事項:)					
入浴の可否	可 ・ 否(入浴条件等注意事項:)					
その他特記事項	※糖尿病の既往がある場合は、直近の血液検査 (HbA1c) のデータをご記入願います。					

※各サービス事業者において必要のない項目は、あらかじめ —— (二重線)で消してご使用ください。
 ※採血データがありましたらコピーを添付いただけたら幸いです。