

老健 くぬぎ 申込書

- 入所
- 短期入所(ショートステイ)
- 通所リハビリ(デイケア)

記入日: 平成 年 月 日

記入者:

フリガナ			生年月日	
利用者氏名		男 女	大・昭	年 月 日 歳
住所	〒			
TEL	() -			

フリガナ			続柄	
申請者氏名				
住所	〒			
TEL: () -	携帯TEL: () -	勤務先TEL: () -		

請求書の宛先と送付先住所

フリガナ			続柄	
氏名				
住所	〒			
TEL: () -	携帯TEL: () -	勤務先TEL: () -		

緊急連絡先

フリガナ			続柄	
氏名				
住所	〒			
TEL: () -	携帯TEL: () -	勤務先TEL: () -		

介護保険	被保険者番号	保険者番号
	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中	
	有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
後期高齢者医療被保険者証	被保険者番号	保険者番号
老人医療	被保険者番号	保険者番号
介護保険負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階)	
利用の希望	<input type="checkbox"/> 通所リハ 週 日 (希望曜日:) 入浴希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 短期入所 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入所 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
利用の目的	<input type="checkbox"/> 在宅生活に向けた準備 <input type="checkbox"/> 介護者の休養 <input type="checkbox"/> 自宅の改修 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他()	
利用後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅生活 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他()	

家族構成

氏名	続柄	年齢	住所	電話

利用者氏名

記入日：平成 年 月 日

サービス計画書・週間サービス・担当者会議記録等を添付してください。

食事	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事場所： <input type="checkbox"/> 食堂・居間 <input type="checkbox"/> ベッド上
		<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> その他	
	食事量	<input type="checkbox"/> 大食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食	
	食事時間	<input type="checkbox"/> 10分以内で食べ終わる <input type="checkbox"/> 20-30分かかる <input type="checkbox"/> 30分以上かかる	
	咀嚼	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い	義歯： <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 使用なし
	嚥下	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> よくむせる	
	食種	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> その他	
	主食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 経口栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他	
	副食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他	
	水分	トロミ： <input type="checkbox"/> 有る <input type="checkbox"/> なし	
食物アレルギー			
移動	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(椅子可) <input type="checkbox"/> 全介助(車椅子)	連続座位1時間： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	ベッド介助バー： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	室内	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> その他	
	室外	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
<input type="checkbox"/> 電動車いす <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他			
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 尿失禁： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便失禁： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> その他
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 尿失禁： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便失禁： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿収器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> その他
睡眠	睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> まあまあ眠れる <input type="checkbox"/> よく眠れない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	睡眠形態	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団	
入浴	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴形態	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 巡回入浴 <input type="checkbox"/> 施設(特別入浴) <input type="checkbox"/> 施設(一般浴) <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他	
	浴室内移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	洗身動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整容	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
更衣	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	介助項目	<input type="checkbox"/> ボタン <input type="checkbox"/> 上衣 <input type="checkbox"/> ズボン <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 靴下 <input type="checkbox"/> その他	
IADL	IADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	介助項目	<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 通院・通所 <input type="checkbox"/> その他	
認知	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	
	理解力	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	
心身状況	視力	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
	聴力	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 聴力低下 <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)	
	精神状況	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 異食 その他：	
生活情報(生活歴、家族状況、生活環境において特記すべき事項)			
依頼日	平成 年 月 日		
事業所			
担当者			
電話		FAX	

診療情報提供書

同様の記載内容があれば他の書式でも結構です。
検査データや処方内容がありましたら記載は不要です。

利用者氏名		男 女	大・昭	年	月	日	歳
傷病名							
既往歴							
現病歴							
処方薬							
治療食・食事制限等							

診療情報提供書

利用者氏名:

胸部所見	
胸部レントゲン所見 □直接 □間接 平成 年 月 日 撮影	
心電図所見 検査日:平成 年 月 日	
身長 _____ cm	体重 _____ kg
尿 蛋白() 糖() 潜血()	
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M
拘縮:□無 □有 部位:	運動麻痺:□無 □有 部位:
皮膚疾患:□無 □有 部位:	血圧 _____ mmHg

血液所見 検査日:平成 年 月 日

赤血球数 × 10 ⁶ /ul	TP g/dl	クレアチニン mg/dl
白血球数 × 10 ³ /ul	アルブミン g/dl	Na mEq/l
血色素量 g/dl	GOT	K mEq/l
ヘマトクリット %	GPT	T-cho mg/dl
血小板 × 10 ⁴ /ul	r-GTP	LDL-cho mg/dl
尿酸 mg/dl	BUN mg/dl	中性脂肪 mg/dl
血糖値 mg/dl		
HbA1c (JDS値) %	HbA1c (NGSP値) %	どちらかの数値をお願いします。

感染症 検査日:平成 年 月 日

HBS抗原	HCV抗体	MRSA
喀痰塗沫		
その他		

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

所在地

電話番号