

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: 令和 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・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
	負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	

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 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 入所 令和 年 月 日 ~ 令和 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

事前調査(ADL票)

社会福祉法人浴風会 老健くぬぎ

利用者氏名 _____

記入日: 令和 ____年 ____月 ____日

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		
排泄	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	
	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	
生活動作	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	
	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	<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	<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"/> 不穩 <input type="checkbox"/> 異食 その他:	
	褥瘡	過去褥瘡既往 <input type="checkbox"/> 有 (部位: _____) (治療期間: _____) <input type="checkbox"/> 無	
その他特記事項			
事業所名		担当者氏名	
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 <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 平成・令和 年 月 日 撮影		
心電図所見 検査日:平成・令和 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	<input type="checkbox"/> 自立 <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	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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	
拘縮: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:	運動麻痺: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:	
皮膚疾患: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位:	血圧	
		mmHg
血液所見 検査日:平成・令和 年 月 日		
赤血球数	$\times 10^6/\text{ul}$	TP
		g/dl
白血球数	$\times 10^3/\text{ul}$	アルブミン
		g/dl
血色素量	g/dl	GOT
		K
ヘマトクリト	%	GPT
		T-cho
血小板	$\times 10^4/\text{ul}$	r-GTP
		LDL-cho
尿酸	mg/dl	BUN
		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・令和 年 月 日		
HBS抗原	HCV抗体	MRSA
喀痰塗沫		
その他		

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

所在地

電話番号