ご利用者様ご記入　　社会福祉法人浴風会　老健くぬぎ

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　☐1　☐2　　要介護　☐1　☐2　☐3　☐4　☐5　☐申請中 有効期限　平成・令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 負担割合　☐1割　☐2割　☐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	☐無　☐有　（☐第1段階　☐第2段階　☐第3段階）
利用の希望	☐通所リハ　週　　日　（希望曜日：　　）入浴希望　☐有　☐無 ☐短期入所　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 ☐入所　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
利用の目的	☐在宅生活に向けた準備　☐介護者の休養　☐自宅の改修　☐リハビリテーション ☐その他（　　）
利用後の予定	☐在宅生活　☐介護老人保健施設　☐特別養護老人ホーム　☐その他（　　）

家族構成

氏名	続柄	年齢	住所	電話

社会福祉法人浴風会　老健くぬぎ

事前調査(ADL票)

利用者氏名

記入日：令和　　年　　月　　日

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

老健くぬぎ

しめい 氏　名			生　年　月　日
	様	男・女	明・大・昭 年　月　日　歳
住所			
現病歴		処方内容	
既往症			

身　長	cm	体　重	Kg
日常生活自立度	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	
リハビリ必要項目	□ 関節可動域訓練　□ 筋力増強訓練　□ 基本動作訓練 □ 歩行訓練　□ ADL訓練　□ 高次脳機能訓練 □ バランス訓練　□ その他（　　）		

施設内でのリハビリを中止すべき状況、禁忌、留意事項（例：血圧〇〇/〇〇以上の場合はリハビリ中止）

施設内での入浴を中止すべき状況（例：血圧〇〇/〇〇以上の場合は入浴中止）※施設入浴の希望がない場合は記載不要

平常値	血圧　/　mmHg	体温　℃	脈拍　回/分

検査	呼吸器疾患	□無　□有（　　）	治療食・食事制限等
	心電図異常	□無　□有（　　）	
	感　染　症	□無　□有（　　）	
	【特記】		

上記のとおり診断します。　　年　　月　　日

※検査データは6か月以内のものがあれば記載かコピーを添付して下さい。
※高齢者健診等のデータがある場合もコピーを添付して下さい。

医療機関名
所在地
電話番号
医師名　　印