

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

記入日:

日常生活動作調査票(ADL表)

No.1

利用者氏名:

記入者:

(続柄:

) 要介護度:

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

本人状況

No.2

利用者氏名： 記入者： (続柄：)

項目		状況		備考	
精神症状	認知症	☐ なし ☐ 年相応 ☐ あり(診断名：)		▼心理検査などの結果・その他	
	精神症状	☐ なし ☐ 記憶障害 ☐ 見当識障害 ☐ 健忘 ☐ 同じ話の繰り返し ☐ 徘徊 ☐ 介護拒否 ☐ 声出し ☐ 収集癖 ☐ 抑うつ状態 ☐ 意欲低下 ☐ 不潔行為 ☐ 夜間せん妄 ☐ 妄想 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 感情失禁 ☐ 易怒性 ☐ 暴力・暴力 ☐ 異食 ☐ 性的問題行動 ☐ 不眠(眠剤の使用： ☐ あり ☐ なし) ☐ その他			
		抑制	☐ なし ☐ ミトン ☐ 拘束帯 部位： ☐ 安全ベルト ☐ つなぎ服 ☐ 4点柵 ☐ その他(車椅子、テーブルなど)： 抑制の理由：		
機能障害	コミュニケーション	☐ 失語症 ☐ 構音障害 ☐ その他()			
		理解	☐ 可能 ☐ 簡単な内容なら可能 ☐ 困難		
		発語	☐ 可能 ☐ 簡単な内容なら可能 ☐ 可能だが聞き取りづらい ☐ 困難		
		発語以外	☐ ジェスチャー ☐ 筆談 ☐ 文字盤 ☐ その他		
	麻痺	☐ なし ☐ あり(部位：)			
	拘縮	☐ なし ☐ あり(部位：)			
	視力障害	☐ 良好 ☐ 見えにくい ☐ 全盲 (メガネ： ☐ あり ☐ なし)			
聴力障害	☐ 良好 ☐ やや難聴 ☐ 難聴 (補聴器： ☐ あり ☐ なし)				
医療行為		☐ 胃ろう ☐ バルーンチューブ ☐ ストマ(人工肛門) ☐ インスリン注射 ☐ 吸引 ☐ ペースメーカー(受診先：) ☐ 皮膚疾患(内容：) ☐ 創傷処置(内容：)			
その他	服薬	☐ 自己管理 ☐ 手渡し ☐ 見守り ☐ 全介助			
	ナースコール	☐ 呼べる ☐ 呼べない(センサーがある場合：)			
	感染症	☐ なし ☐ あり()			
	アレルギー	☐ なし ☐ あり()			
	障害老人自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			
	認知症自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M			
補足など					

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				年 月 日	
	2		年 月 日					年 月 日	
	3		年 月 日					年 月 日	
	4		年 月 日					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：胃瘻・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) 有る方		血糖：		HbA1C：			
尿蛋白：		尿糖：		尿潜血：		ウレリノーゲン：			
障害老人日常生活自立度		自立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2							
認知症老人日常生活自立度		自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ 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									
年 月 日									
医療機関名				TEL					
				FAX					
科				医師					
				印					