

【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	印	男 ・ 女	明治 ・ 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	印						
	住所	〒	連絡先	携帯				
連帯保証人②	フリガナ		続柄		職業			
	氏名	印						
	住所	〒	連絡先	携帯				
連絡先①	フリガナ		続柄		連絡先		携帯	
	氏名							
連絡先②	フリガナ		続柄		連絡先		携帯	
	氏名							
連絡先③	フリガナ		続柄		連絡先		携帯	
	氏名							
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（平成 年 月 日 ～ 平成 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				
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 ☐ 生活保護(市区町村：) ☐ その他（ ）				
手帳関係	☐ 原爆手帳 ☐ 障害者手帳（ 種 級）障害名（ ） ☐ 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 ・ ☐ 医療機関受診していない 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	☐ リハビリ目的（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 週 回または月 回(機関名：) ☐ 短期入所 週 回または月 回(機関名：) ☐ 福祉用具貸与) (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（ ）				

日常生活動作調査票(ADL表)

No.1

利用者名:

様 (男 ・ 女)

要介護度:

移動	歩行	自立	見守り	一部介助	全介助	不可	使用用具(T字杖 ・ 四点杖 ・ 歩行器)		
	歩行距離	30m以上	10m以上	1m以上	1m未満	不可	(訓練時 ・ 生活の中)		
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助		L字バー使用 (有 ・ 無)		
		つかまる所(有 ・ 無)		1人介助 ・ 2人介助					
	立位	自立	一部介助	全介助	不可	立位保持:	1分以上可 ・ (秒)なら可		
		つかまる所(有 ・ 無)							
	座位保持	自立	一部介助	全介助	不可	座位保持:	30分未満 ・ 1時間以上 ・ 3時間以上		
		背もたれ(有 ・ 無)							
排泄	車椅子	自操	一部介助	全介助	使用なし	使用車椅子: 介助型 ・ 自操型 ・ リクライニング型			
	寝返り	自立	一部介助	全介助	体位交換:(要 ・ 不要) 交換時物品()				
	起き上がり	自立	一部介助	全介助	エアマット使用 (有 ・ 無)				
	排泄(昼)	自立	見守り	一部介助	全介助	トイレ ・ PTイレ ・ 尿器 ・ その他()			
	形態(昼)	布パンツ	リハビリパンツ	パッド	紙オムツ	布オムツ	バルーンチューブ(有 ・ 無)		
	尿意(昼)	有り	時々有り	無し	失禁		排尿回数(約 回)		
	便意(昼)	有り	時々有り	無し	(有り ・ 時々あり ・ 無し)		排便回数(約 日 回)		
	排泄(夜)	自立	見守り	一部介助	全介助	トイレ ・ PTイレ ・ 尿器 ・ その他()			
整容	形態(夜)	布パンツ	リハビリパンツ	パッド	紙オムツ	布オムツ			
	尿意(夜)	有り	時々有り	無し	失禁		排尿回数(約 回)		
	便意(夜)	有り	時々有り	無し	(有り ・ 時々あり ・ 無し)		排便回数(約 日 回)		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	(一般浴 ・ リフト浴 ・ 機械浴 ・ シャワー浴)			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助				
	食事	食事	自立	見守り	一部介助	全介助	胃瘻	使用用具: 箸 ・ スプーン ・ フォーク ・ 自助具	
		主食	米飯	()分粥	ミキサー	その他 ()	療養食		
		副食	普通菜	一口大	きざみ菜	その他 ()	糖尿病食(cal) ・ 貧血食 ・ 減塩食 ・ 腎臓食		
		ソフト菜							
摂取量		8割以上	5割以上	5割未満		その他:			
飲み物		自立	見守り	一部介助	全介助	ムセ込み(有 ・ 無) / トロミ使用(有 ・ 無)			
義歯		総入れ歯	部分入れ歯 (上 ・ 下)		無				
口腔ケア		自立	見守り	一部介助	全介助				
その他	視力	良好	メガネ使用	光くらいならわかる	全盲	メガネの使用 (有 ・ 無)			
	聴力	良好	やや難聴	難聴	補聴器の使用 (有 ・ 無)				

日常生活動作調査票(ADL表)

No.2

記入日： 年 月 日

記入者：

関係：

その他	発語	可能	単語のみ	不可	言語障害(有・無)		
	理解	可能	基本なら可	不可			
	意志疎通	可能	時々可	ほとんど不可	不可		
	意思伝達	可能	時々可	ほとんど不可	不可		
	褥瘡	無し	有り	部位：	大きさ：	深さ：	処置内容：
	麻痺	無し	有り	右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他()			
	リハビリ意欲	有り	時々有り	無し	拒否		
	転倒歴	無し	有り	(理由：)			
	転落歴	無し	有り	(理由：)			
	睡眠	良眠	時々不眠	昼夜逆転	不眠	眠剤の使用(有・無)	
周辺症状	認知面	無し	年相応	有り			
	記憶	問題なし	問題あり	日時・場所・季節・人物・その他()			
	身体拘束	無し	有り(理由：	) 胴体抑制・安全ベルト・ミトン・つなぎ服・4点柵・その他			
	問題行動	放尿	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		幻覚・妄想	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		被害妄想	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		感情不安定	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		同じ話の繰り返し	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		声だし	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		介護拒否	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		徘徊	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		収集癖	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		暴言・暴力	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		性的問題行動	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		異食行為	無し	時々有り	有り	(状況：)	
		その他問題行動	無し	時々有り	有り	(状況：)	
ナースコール	押せる	時々可	押せない				
備考 (医療行為等)	身長： 体重 【 cm: kg】						

診療情報提供書

記載日 年 月 日

氏名	様	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳	
病名(診断名)	1		年 月	既往歴			年 月		
	2		年 月				年 月		
	3		年 月				年 月		
	4		年 月				年 月		
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)					
				診断又は所見:					
									
				結核: (有・無)					
身長:	cm	体重:	kg	アレルギー (無・有):					
体温:	度	血圧:	/	脈拍:			回/分(整・不整)	呼吸:	回/分
麻痺 (無・有): 左片・右片・四肢		拘縮 (無・有) 部位:			運動失調 (無・有)		パーキンソン病 (無・有)		
褥瘡 (無・有) 部位:		程度:			疥癬: (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:									
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:		尿蛋白:		HCV抗体:	
アルブミン:		Cl:		RBC:		尿糖:		HBs抗原:	
AST(GOT):		K:		Hb:		尿潜血:		TPHA:	
ALT(GPT):		TG:		Ht:		ウロビリノーゲン:			
クレアチニン:		T-CHO:		PIc(血小板):		多剤耐性緑膿菌 (+・-) 部位:			
UN:		HDL:				MRSA: (+・-) 部位:			
※糖尿病(既往歴も含む)ある方				血糖:		HbA1c:			
障害老人日常生活自立度		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		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									