

短期入所利用者申込書

介護老人保健施設

サンセール世田谷大蔵 施設長殿

記入日	年 月 日
-----	-------

利用日	年 月 日	:
	年 月 日	:

紹介先 : 行政 ・ 病院施設 ・ 居宅介護支援事業所(担当:) ・ 訪問看護 ・ その他

介護認定度 : 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 申請中 / 区変中

変更年月日 : 年 月 日 変更後 : 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

負担限度額認定証 : なし ・ あり 1段階 ・ 2段階 ・ 3段階 ・ 4段階

利用者	フリガナ氏名	男女	大・昭 年 月 日生 歳
	住所	〒	TEL ()

相談者	フリガナ氏名	続柄	歳
	住所	〒	自宅 () 携帯 ()
	勤務先名		TEL ()

短期入所 日程度 居室希望 : 四人部屋 ・ 個室

利用理由

1. 身体的介護困難 (移動 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 食事 ・ 着脱)
2. 認知症で介護困難 (徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 問題行動)
3. その他

現在の状況

1. 在宅生活中 (同居 ・ 独居 ・ 別居) かかりつけ医 病院・医院
2. 入院中 (病院) 入院日 / / ~ / /
3. 入所 () 入所日 / / ~ / /

病歴

緊急連絡先	フリガナ氏名	続柄	年齢	住所	TEL
	①			〒	自宅
	②			〒	携帯 自宅
	③			〒	携帯 自宅

夜間

▽ヒアリングシート▽

▼ご本人様の出身地やどの様なお仕事をされていたかお教えてください

▼ご本人様のお人柄について、どんな事でもよいのでお教えてください

▼ご本人様が嫌う人や行為、飲食物等ありましたらお教えてください

▼これまでのご家族様の介護状況をお教えてください

▼活動性について以下項目にチェックをお願いします

座っている事が多い
 横になっている事が多い
 よく動いている

▼趣味、楽しみにについてお教え下さい

有 ()
 無

▼家族構成

※ご本人様=◎ 男性=□ 女性=○ で記入
同居の方は○で囲んでください

	氏名		続柄	
	氏名		続柄	
	氏名		続柄	
	氏名		続柄	
	氏名		続柄	

▼病歴 (※詳細が不明な場合には大体の日付で構いませんので記入をお願い致します)

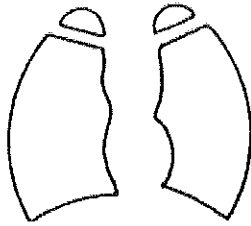
・直近の入院日： _____ 退院日： _____
 ・ _____ 発症日 _____
 ・ _____ 発症日 _____
 ・ _____ 発症日 _____
 ・ _____ 発症日 _____

▼直近3カ月間の褥瘡の有無 有 (部位： _____) 無

診療情報提供書

※情報については、最新のものをお願いいたします

サンセール世田谷大蔵

ふりがな	性別	生年月日				
氏名		(M ・ T ・ S)	年	月	日生 (歳)	
現病歴 ※受診の科が複数の場合は、それも含めてお願い致します。	身長	cm	体重	Kg		
	感染症 ※①～④は必須です	①MRSA(咽頭より) (- ・ + ・ ++ ・ +++)				
		②HBs抗原 (- ・ +)				
		③HCV抗体 (- ・ +)				
④梅毒 (- ・ +)						
⑤その他 ()						
皮膚疾患	疥癬 (- ・ +)					
	褥瘡					
	湿疹					
既往歴 ※時系列にて、手術の場合術式もお願い致します。	血液検査		採血日	年	月	日
	※データ添付可					
	TP	TG	Cl			
	ALB	HDL-cho	BUN			
	AST	LDL-cho	クレアチニン			
	ALT	HGB	CRP			
	r-GTP	Na				
	T-cho	K				
	血糖	空腹時	or	_____h後	の血糖値	mg/dl
	HbA1C(DMがある時):					
インシュリン 有 ・ 無 : (単位)						
採尿						
潜血	蛋白	糖	ウロビリノーゲン	ビリルゲン	PH	
内服薬等 ※服用されている全てのお薬についてご記入をお願い致します。 (眼科や整形外科等のお薬も全てお願いいたします) ※資料添付可	要介護度					
	要支援(1・2)		要介護(1・2・3・4・5)			
	認知症の有無(有・無) 有の場合の日常生活					
	□I □II □IIa □IIb □IIIa □IV □M					
	精神状態(認知症状、躁鬱等)					
	胸部レントゲン所見			心電図所見		
	年	月	日	年	月	日
	結核既往 (有 ・ 無) (年 歳)					
						
	異常: 有 ・ 無			異常: 有 ・ 無		
特記事項						
上記のとおり情報を提供いたします。						
年 月 日						
所在地						
医療機関名						
医師名						

内容					
食事	形態	常食・粥()・刻み()・一口大・ペースト			
	摂取方法	自立(箸・スプーン・フォーク) ・一部介助 ・ 全介助			
	制限	カロリー() ・塩分() その他()			
	好き嫌い	好() 嫌() ・禁食			
	アレルギー	無 ・ 有()			
	水分	とろみ(有 ・ 無) 他(ストロー使用等)			
	問題・工夫				
排泄	方法	日中:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介助)・パット・オムツ 夜間:自立・トイレまで誘導・ズボン等の上げ下ろし介助・PTイレ(自立・介助)・パット・オムツ			
	尿意・便意の有無	有 無			
	1日の排泄回数	日中(回) 夜間(回)			
	便秘の有無	有 ・ 無			
	夜間の対応	自立 ・ 定時の声掛け			
	問題・工夫				
清潔	方法	一般 ・ 機械 ・ 他			
	洗身	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	洗髪	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	問題・工夫				
更衣	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	ボタンのかけはずし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	ズボンの上げ下ろし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	靴下着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	問題・工夫				
移動	歩行	自立歩行 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ つたえ歩行 ・ 這う ・ 車椅子 ・ シルバーカー ・ 手引き歩			
	ふらつき	有 ・ 無 (転倒の危険性 有 ・ 無)			
	車椅子操作	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	立ち上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	移乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	座位保持	可能 ・ 不可 ・ 傾斜(右 ・ 左)			
	車椅子からの立ち上がりの危険性	有 ・ 無			
	立位保持	可能 ・ 不可 可能な場合おおよその時間()			
	問題・工夫				
身の回り	寝返り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	義歯管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	爪切り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	歯磨き	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	髭剃り	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	うがい	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	手洗い	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
	洗顔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
	意思疎通	可能 ・ 不可			
問題行動	有 ・ 無				
視力・聴力	視力:() 聴力()				
運動障害	有 ・ 無				
麻痺	有 ・ 無 部位:				
拘縮	有 ・ 無 部位:				
問題行動	徘徊 ・ 不眠 ・ 不穏 ・ 不潔行為 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 夜間せん妄 放尿 ・ 異食 ・ 盗食 ・ 暴力行為 ・ 収集癖 ・ オムツいじり その他()				