

葛飾区内介護老人保健施設利用申込書（入所）

施設長あて

平成 年 月 日

申 込 者	氏名	本人 ・ 家族（続柄： ） ・ その他（ ）
	住所	
	連絡先	（ ）

利 用 者	ふりがな	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏名	女	年	月 日 歳
	住所 〒	葛飾区 丁目 番 号 電話（ ）		

介護保険被保険者番号										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態区分	要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
---------	--------------------------

認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
---------	-------------------

連絡先（緊急時）	氏名	続柄
	住所	
	電話 自宅（ ）	勤務先等

希望居室	4人部屋 ・ 2人部屋 ・ 個室
------	------------------

現在の状況	1 在宅で生活中	病名
	2 入院中 医療機関名	
	3 施設入所中 施設名	

居宅介護支援事業者名
担当者名 電話（ ）

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）	
移動：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他（ ）
食事：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ 胃ろう ・ 経管栄養 ） 主食（ 常食 ・ 粥 ） 副食（ 常菜 ・ きざみ ・ ミキサー ）
排泄：	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ポータブル ・ おむつ使用（ 常時・夜間のみ ） ・ バルーンカテーテル
認知症：	有 ・ 無 問題行動： 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他（ ）
感染症：	有 ・ 無

施設への希望	施設処理欄
--------	-------

☆ この利用申込書のほかに、診療情報提供書等が必要となります。

施設療養情報提供書

平成 年 月 日

医療機関の所在地・電話及び名称

介護老人保健施設

施設長殿

医師氏名 印

患者	フリガナ	殿	男・女												
	氏名														
生年月日	明・大・昭 年 月 日 生まれ (歳)														
紹介目的	利用区分	1、入所 : 至急・通常 2、短期入所 : (日間) 3、通所 : 週 回、 曜													
診断名	1, _____ 4, _____ 2, _____ 5, _____ 3, _____ 6, _____ 現在の要介護度: 要支援・1・2・3・4・5・申請中														
現病歴及び現症	<table border="1"> <tr> <td>1, 慢性的喀嗽</td> <td>あり・なし</td> <td>4, 尿失禁</td> <td>あり・なし</td> </tr> <tr> <td>2, 慢性的便秘</td> <td>あり・なし</td> <td>5, 便失禁</td> <td>あり・なし</td> </tr> <tr> <td>3, インスリン注射</td> <td>あり・なし</td> <td>6, 酸素吸入</td> <td>あり・なし</td> </tr> </table>			1, 慢性的喀嗽	あり・なし	4, 尿失禁	あり・なし	2, 慢性的便秘	あり・なし	5, 便失禁	あり・なし	3, インスリン注射	あり・なし	6, 酸素吸入	あり・なし
1, 慢性的喀嗽	あり・なし	4, 尿失禁	あり・なし												
2, 慢性的便秘	あり・なし	5, 便失禁	あり・なし												
3, インスリン注射	あり・なし	6, 酸素吸入	あり・なし												
既往疾患	<table border="1"> <tr> <td>1 薬剤・食物アレルギー (薬剤・食品名)</td> <td>: あり・なし</td> </tr> <tr> <td>2 胃ろう (経管栄養)</td> <td>: あり・なし</td> </tr> <tr> <td>3 ストーマ</td> <td>: あり・なし</td> </tr> <tr> <td>4 てんかん・失神発作</td> <td>: あり・なし</td> </tr> <tr> <td>5 喘息・呼吸困難</td> <td>: あり・なし</td> </tr> </table>			1 薬剤・食物アレルギー (薬剤・食品名)	: あり・なし	2 胃ろう (経管栄養)	: あり・なし	3 ストーマ	: あり・なし	4 てんかん・失神発作	: あり・なし	5 喘息・呼吸困難	: あり・なし		
1 薬剤・食物アレルギー (薬剤・食品名)	: あり・なし														
2 胃ろう (経管栄養)	: あり・なし														
3 ストーマ	: あり・なし														
4 てんかん・失神発作	: あり・なし														
5 喘息・呼吸困難	: あり・なし														
他科(眼科・精神科・整形外科・皮膚科など)の受診状況 (過去・現在) :															

身体及び精神面に関する事項	<聴力> 難聴	あり・なし	<認知症の程度>	あり(軽度・中度・重度)・なし		
	<言語障害>	あり・なし	暴力行為、暴言	: あり・なし		
	<意思の疎通>	良好・やや困難・極めて困難	放尿(便器外)	: あり・なし		
	<視力低下>	あり・なし・失明	弄便(便こね)	: あり・なし		
	<嚥下障害>	あり・なし	徘徊	: あり・なし		
	<身長>	cm <褥創>	あり・なし	異食	: あり・なし	
<体重>	kg <血圧>	/ mmHg	大声	: あり・なし (全日・昼間・夜間)		
		SPO2		% その他:		
臨床検査所見	① 血液検査 (平成 年 月 日 実施)					
	白血球数	:	/μl	Ch-E	:	IU/l
	赤血球数	:	万/μl	総コレステロール	:	mg/dl
	Hb	:	g/dl	BUN	:	mg/dl
	Ht	:	%	クレアチニン	:	mg/dl
	血小板	:	万/μl	尿酸	:	mg/dl
	総蛋白	:	g/dl	Na	:	mEq/l
	アルブミン	:	g/dl	K	:	mEq/l
	GOT	:	IU/l	Cl	:	mEq/l
	GPT	:	IU/l	CRP	:	mg/dl
	γ-GTP	:	IU/l	血糖(空腹時)	:	mg/dl
	② 尿定性 (平成 年 月 日 実施)		HbA1c (DMの方のみ) : ※ %			
	蛋白	:	糖	:	潜血	:
	③ 感染症検査 (平成 年 月 日 実施)					
	MRSA (咽頭・鼻腔・痰) : +・-		疥癬等 : +・-			
HBs抗原 : +・-		HCV抗体 : +・-				
		TPHA定性 : +・-				
④ 心電図所見 異常 : あり・なし 不整脈 : あり・なし						
胸部X線所見	撮影年月日 (平成 年 月 日) 特に結核性病変の有無をご記入下さい。 ※3ヶ月以内のもの					
現在の処方	1 (特殊薬)	4	7			
	2	5	8			
	3	6	9			

(お願い) お手数ですが、当施設ご入所時の心身状況把握の為、ご記入お願いします。ご多用のところ、大変恐縮です。宜しくお願い申し上げます。

※HbA1cについては、施設により必要な場合があります。