

利用申込書 兼 利用者台帳

フリガナ			性別	生年月日						
氏名			男・女	明治・大正・昭和	年	月	日	歳		
現住所	郵便番号		電話番号							
連絡先	順	フリガナ	関係		(電話) (携帯)					
	1	氏名								
	2	氏名	電話	関係	住所					
	3	氏名	電話	関係	住所					
家族構成				生活歴						
担当の居宅 介護支援事 業所等	事業所の名称			電話番号		担当者				
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			入所・ショートステイ・通所						
利用理由										
介護認定	要支援・要介護 1・2・3・4・5・その他(新規申請中・変更中)			認定日		年	月	日	認定期間	年
病 歴	受診している 医療機関	病医院			科		先生			
	既往歴									
	疾病名									
	内服内容									
	特別な 処置	インシュリン (単位・朝 u・夕 u) ・透析 (回/週) ・在宅酸素 ()								
		気管切開・その他 () ・褥瘡・経管栄養・尿カテーテル※詳細は裏面へ								
	感染症	MRSA (+・-) 部位 ()			疥癬 (+・-) 部位 ()					
		HBs (+・-)、HCV (+・-)、その他(病名:)								
リハビリ 実施	無・有・内容:		頻度:		利用中の実 施の希望		無・有・内容:			
療養の 経過										
現在の 所在	<input type="checkbox"/> 在宅(自宅・居宅) 、 <input type="checkbox"/> 施設入所中 、 <input type="checkbox"/> 入院中 、 <input type="checkbox"/> その他 ()									
利用 在宅サ ービス	<input type="checkbox"/> デイサービス (週月 回) 、 <input type="checkbox"/> デイケア (週月 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ () <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 (週月 回) 、 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> サービス利用なし、 <input type="checkbox"/> 不明、 <input type="checkbox"/> 特記事項:									
病院 施設 利用	現在入院・入所中の施設名 ()、利用区分 (入所・ショート) 入院・利用期間									

寝たきり度 ランク	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	認知症ランク	なし・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
食 事 (兼 食事箋)	摂 取	自 力・一部介助・全介助・経管（鼻腔・胃瘻・交換日 / ）		
	形 態	主食	ごはん・おにぎり・粥・ペースト・経管・	
		副食	常食・軟菜・あらきざみ・きざみ・ペースト 入れ歯：無・有（ ）	
	むせ等	無・有・程度（強い・弱い）水分とろみ（必要・不要）		
	自助具等	はし・スプーン・その他：		
	食事制限等			
特記事項				
移 動 ・ 移 乗 など	坐 位	可・支えがあれば可・不可	立 位	可・つかまり立ちで可・不可
	歩 行	自立・見守り・付き添い・不可	補助具使用	杖・その他（ ）
	車椅子移乗	自力・見守り・一部介助・全介助	車椅子移動	自力・見守り・一部介助・全介助
	移動用具	普通車椅子・スイング式・リクライニング式・ストレッチャー（ ）		
	装 具	無・有・部位： 、装着：自力・一部介助・全介助		
	特記事項			
排 泄	自 力	トイレ・ポータブル	おむつの使用	無（布パンツ+尿パット 有（紙パンツ+尿パット おむつ（常時・夜間のみ）
	一部介助	トイレ・ポータブル		
	全介助	トイレ・ポータブル		
	カテーテル	尿道・膀胱、ゴム・シリコン、No： 交換日：		
	ストマ	部位： 、パウチ： 交換日：		
	特記事項			
入 浴	一般入浴（自立・見守り・一部介助・全介助）・リフト浴・特殊入浴			
	特記事項			
更 衣	自力・一部介助・全介助・特記：		整容	自立・声掛け・一部介助・全介助
意思表示	できる・時々できる・できない・特記：			
指示への反応	通じる・時々通じる・通じない・特記：			
睡 眠	良眠・不眠（毎日・時々）・特記：			
身 体 の 状 況	視 覚	見える・近くなら見える・見えない	麻 痺	無・有（部位： ）
	聴 覚	聞こえる・大きな声を出せば聞こえる・聞こえない	褥 瘡	無・有（部位： 程度： ）
	言 語	問題ない・言語障害ある・発語ない	皮膚疾患	病名： 部位：
性格・趣味				
問題行動	無・有：常に注意が必要・時々注意が必要・見守り程度			
その他 特記事項				

平成 年 月 日 機関名・職種・
記載者 サイン

※施設記載

担 当 者

/

入所診断書 (兼情報提供書)

氏名	(フリガナ)	男 女	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)				
病名	①	年 月 日	既往症	①	年 月 日			
	②	年 月 日		②	年 月 日			
	③	年 月 日		③	年 月 日			
	④	年 月 日		④	年 月 日			
	⑤	年 月 日		⑤	年 月 日			
病状経過			治療内容(処方含む)					
寝たきり度ランク	J ₁ ・J ₂ ・A ₁ ・A ₂ ・B ₁ ・B ₂ ・C ₁ ・C ₂		認知症ランク	ない・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
検査成績	HBS抗原()		HCV抗体()		MRSA 鼻腔()他()		ガラス板()TPHA()	
	Hb g/dl		RBC ×10 ⁴		WBC		Ht %	
	TP g/dl		Alb mg/dl		BUN mg/dl		Cr mg/dl	
	GOT		GPT		その他			
	尿 : 蛋白() 糖() 潜血() その他							
胸部X線検査 : 肺野								
未施行 心陰影など (検査日) 年 月 日								
心電図 : 異常なし								
未施行 (検査日) 年 月 日								
今後のリハビリの必要性								
有 基本動作訓練(座位・立位)								
歩行訓練(平行棒・歩行器・杖・手引き)								
関節可動域訓練(部位)								
その他()								
無								
リハビリを行うにあたってのリスク・注意点:								
施設名: _____ 科 _____								
平成 年 月 日			医師			サイン又は印		