

社会福祉法人 上智社会事業団 介護老人保健施設 まちや ご利用申し込み書

※ご相談者の方は、太枠のみご記入下さい。

個人コード		申し込み年月日：	年	月	日	
フリガナ		殿	性別	男・女		
利用者氏名						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	()歳	
住所	〒 電話番号 ()					
フリガナ		殿	性別	男・女		
申請者氏名			続柄 ()			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	()歳	
住所	〒 (昼) 電話番号 () ※携帯電話でも結構です。(夜) 電話番号 ()					
救護区分 <input type="checkbox"/> 独歩 . <input type="checkbox"/> 護送 . <input type="checkbox"/> 担送						
ご利用希望	<input type="checkbox"/> 入所		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 通所	
利用理由	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <small>(リハビリ、食事入浴等)</small>		<input type="checkbox"/> 介護の休養	<input type="checkbox"/> 在宅介護困難	<input type="checkbox"/> その他	
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 老人保健施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 併設病院	<input type="checkbox"/> その他の病院	
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅復帰		<input type="checkbox"/> 施設(有料・特養)		<input type="checkbox"/> 検討中	
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 <small>※個室のみ差額料別途いただきます。</small>		<input type="checkbox"/> 3人部屋		<input type="checkbox"/> 4人部屋	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし		<input type="checkbox"/> 高齢者世帯		<input type="checkbox"/> 同居世帯	
保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 社会保険		<input type="checkbox"/> 生活保護	
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 (種 級)		対象機能障害名：	

～ご相談者の方へお願い～

- ① 面接日当日の持ち物として、保険証、老人受給者証をご持参下さい。
- ② 面接日当日に、ご利用者が同席できない場合、ご本人の様子がわかりやすいので、写真をご持参下さい。
※強制ではありませんので、無いようでしたら結構です。

介護老人保健施設療養情報提供書

令和 年 月 日

介護老人保健施設

施設長 殿

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

利用希望者	フリガナ	男・女	生年月日			
	氏名		明・大・昭	年	月	日
利用目的	<input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリ					
要介護度 など	要介護度： 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中・区分変更中					
	障害高齢者の日常生活自立度判定基準： 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準： 自立・I・IIa・IIb・III・IV・M					
疾患名	1	発症年月日	昭・平・令	年	月	日
	2	発症年月日	昭・平・令	年	月	日
	3	発症年月日	昭・平・令	年	月	日
	4	発症年月日	昭・平・令	年	月	日
	5	発症年月日	昭・平・令	年	月	日
現病歴 及び 症状						
既往歴	1	発症年月	昭・平・令	年	月	日
	2	発症年月	昭・平・令	年	月	日
	3	発症年月	昭・平・令	年	月	日
	4	発症年月	昭・平・令	年	月	日
	5	発症年月	昭・平・令	年	月	日
現在の処方・ 処置 など	処方					
他科等の 受診状況	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科		薬剤・食物アレルギー： 有・無			
	<input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他()		(薬剤名・食品名)			

臨床検査 所見	尿定性 実施日(令和 年 月 日)		実施日(令和 年 月 日)	
	糖:	蛋白:	潜血:	身長 cm
	血液検査 実施日(令和 年 月 日)		体重 kg	
	血液一般	生化学		
	WBC	TP	HDL-C	血圧 /
	RBC	ALB	LDL-C	
	Hb	GOT	TG	心拍数
	血小板	GPT	Cr	
		LDH	Na	皮膚疾患 あり・なし
		ALP	K	
	CRP	rGTP	Cl	(疾患名) ()
		T-Bil	BS	
		UA	HbA _{1c}	褥瘡 あり・なし
		BUN		
	特殊検査			(部位・大きさ) ()
感染症 実施日(令和 年 月 日)		白癬 あり・なし		
HBs抗原	+		-	(部 位) ()
HCV抗体	+	-		
TPHA(定性)	+	-		
MRSA	+	-		
疥癬	+	-		
胸部X-P	実施日(令和 年 月 日)		実施日(令和 年 月 日)	
	異常: あり・なし	CTR %	心電図	異常: あり・なし
認知症	あり(軽・中・重)・なし			
	HDS-R 点 (実施日(令和 年 月 日))			
認知症の 周辺症状	あり・なし			
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()			
その他 特記事項				