

利用申込書

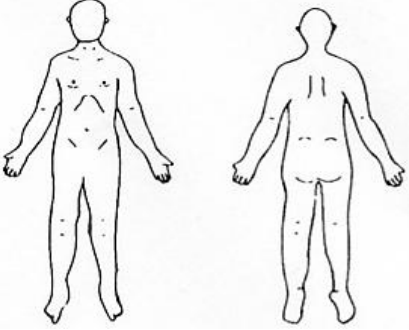
これは介護老人保健施設 横浜あおばの里のご利用を希望される皆様に、より適切なサービスを提供する事が出来るよう、ご要望等をお伺いする用紙です。
ご本人、主に介護をされている（今後、介護を予定されている）方、ご親族の皆様ともよくご相談をなさってください。
その上で率直なお考えをお書き下さい。そして次回の面接日にお持ち下さい。（事前にお送り頂いても結構です）

ふりがな		様		男女	明・大・昭	年	月	日	歳		
氏名											
現住所	〒										
	※住所変更予定 無・有（平成 年 月頃）		電話		（		）				
健康保険	後期高齢・国保・社会保険・生活保護・その他（			身障手帳	無・有（		種		級）		
介護保険	要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		有効期間	年	月	日	～	年	月	日
状況	申請中（ 年 月 日）・区変中（ 年 月 日）※認定調査 年 月 日										
限度額認定証	1段階・2段階・3段階・4段階			保険者			被保険者番号				
居宅介護支援事業所名				担当ケアマネ							
住所				電話	（						
最終 利用サービス	<input type="checkbox"/> デｲｸﾞ週 回 <input type="checkbox"/> デｲｸﾞｰｽ週 回 <input type="checkbox"/> ｼｮｰﾄｽﾄｲ月 回 <input type="checkbox"/> 訪問介護週 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護週 回 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ週 回 <input type="checkbox"/> その他（										
	） <input type="checkbox"/> 住宅改修：実施・未実施										
	福祉用具購入（										
	） 福祉用具貸与（										
） 施設入所歴：無・有（施設名											
） 期間											
医療状況	病歴	病名	発症時期	病院名	入院期間	現状（受診頻度）					
医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻） <input type="checkbox"/> バルカテール <input type="checkbox"/> ｽﾄﾏ <input type="checkbox"/> ｸﾞﾗｽﾄﾐｰ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養（CVｶｰﾄﾞ：無・有）										
	<input type="checkbox"/> ｲﾝｼﾞｬﾘ <input type="checkbox"/> 吸引（頻度 回/日） <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 軟膏処置 <input type="checkbox"/> 末梢点滴（適宜・持続）										
	※内服・点眼・軟膏薬など現在使用中のお薬がわかる書類比-を添付して下さい（お薬手帳・薬剤情報提供書など）										
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 在宅療養中	主な介護者									
		続柄									
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中	<input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 身体障害者更生援護施設 <input type="checkbox"/> その他（									
	） 医療機関名： 入院病棟：										
	主治医： 担当ケアマネ：										
	入院日：平成 年 月 日 ※退院予定日 年 月 日										
<input type="checkbox"/> 施設入所中	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ｸﾞﾙｰﾌﾞホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム（ｸﾞﾙｰﾌﾟ） <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム（A・B） <input type="checkbox"/> その他（										
	） 施設名： 担当相談員：										
	入所日：平成 年 月 日 ※退所予定日 年 月 日										

ご本人の状況

利用理由	<input type="checkbox"/> 入所	◎棟希望（一般棟・認知症棟） / ◎居室希望（4人・個室） / ◎入所希望時期 平成 年 月頃									
	サービス利用理由に該当するものすべてにシ点を付けて下さい。 また、利用を申し込みされる理由を具体的に記載して下さい。										
	<input type="checkbox"/> 在宅復帰										
	<input type="checkbox"/> リハビリ										
<input type="checkbox"/> 在宅困難											
<input type="checkbox"/> その他											
ご要望	サービスを利用する事で、どのような目標を達成出来ればよいとお考えですか？ また、サービスを利用されるにあたり、施設にどのようなご要望がありますか？ どのような内容でも構いませんので、お書き下さい。 例えば…「車椅子から便器へ自力で乗り移りが出来るようになれば」「介護をしている家族の体調が回復して、上手な介護方法が知りたい」「今より少しでも介護の手間が少なる」という事です。										
	ご本人	リハビリ									
		栄養管理									
		生活面									
	ご家族	体調管理									
		リハビリ									
		栄養管理									
		生活面									
	体調管理										
	他施設申込み状況	施設名：	種類：	申込日：平成	年	月	日	/	待機番号		
施設名：		種類：	申込日：平成	年	月	日	/	待機番号			
施設名：		種類：	申込日：平成	年	月	日	/	待機番号			
施設名：		種類：	申込日：平成	年	月	日	/	待機番号			
施設名：		種類：	申込日：平成	年	月	日	/	待機番号			
申込者	ふりがな	様 印									
	氏名	続柄									
住所	〒	電話									
		①	（		）						
		②	（		）						
受付日	年		月	日	受付者						

身体状況

体格	身長	cm	体重	kg	
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 大きな文字ならみえる	<input type="checkbox"/> 人の輪郭がわかる程度		
	<input type="checkbox"/> 全く見えない	◆ 眼鏡使用(有・無)			
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 大きな声で話せば聴こえる	<input type="checkbox"/> 耳元で大きな声を出せば聴こえる		
	<input type="checkbox"/> 聴こえない	◆ 補聴器使用(有・無)			
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聞き取れない	<input type="checkbox"/> 話せない	
義歯	◆ 上顎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 総入歯	<input type="checkbox"/> 部分入歯	◆ 自分の歯(有・無)
	◆ 下顎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 総入歯	<input type="checkbox"/> 部分入歯	◆ 自分の歯(有・無)
四肢機能障害及び褥創の有無					
皮膚の状態	湿疹	かぶれ	かゆみ	軟膏	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
点眼薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(薬名	回/日)	(薬名	回/日)
現在のリハビリ内容					
現在のリハビリ目標					
本人のリハビリ希望			家族のリハビリ希望		
本人の栄養管理希望			家族の栄養管理希望		

医療管理

<input type="checkbox"/> 経管栄養()	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 人工膀胱(ウロストミー)
<input type="checkbox"/> インスリン()	<input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ)	<input type="checkbox"/> その他()

ADL状況

意思表示	<input type="checkbox"/> 普通に出来る	<input type="checkbox"/> なんとか出来る	<input type="checkbox"/> 基本的な要求のみ可能	<input type="checkbox"/> 不可能
歩行	<input type="checkbox"/> 一人で(普通に・ゆっくり)歩ける	<input type="checkbox"/> つかまり歩きや介助があれば歩ける		
	<input type="checkbox"/> (杖・歩行器)を使用して歩ける	<input type="checkbox"/> 歩けない		
移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子 (自操 可・不可)	<input type="checkbox"/> リクライニング車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助	◆()人介助
立位	<input type="checkbox"/> 普通に立てる	<input type="checkbox"/> 何とか一人で立てる	<input type="checkbox"/> 介助されて立てる	<input type="checkbox"/> 立てない
座位	<input type="checkbox"/> 普通に座れる	<input type="checkbox"/> 何とか一人で座れる	<input type="checkbox"/> 介助されて座れる	<input type="checkbox"/> 座れない
体位交換	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助で出来る	<input type="checkbox"/> 不可能	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 一部介助で出来る	<input type="checkbox"/> 不可能	
身の回り	<input type="checkbox"/> 一人で出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助で出来る	<input type="checkbox"/> 出来ない	

食事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる	<input type="checkbox"/> 全介助	飲酒	/日
	<input type="checkbox"/> 一部介助で食べられる	介助内容()	喫煙	本/日
食事摂取	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 自助具の使用()
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 全量	<input type="checkbox"/> 7~9割	<input type="checkbox"/> 6割以下	
主食	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> お粥(全粥)	<input type="checkbox"/> 全粥ムース	<input type="checkbox"/> 経管栄養()
副食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> ムース	
治療食	<input type="checkbox"/> 糖尿食	<input type="checkbox"/> 減塩食	<input type="checkbox"/> 水分制限有り(ml)	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー()
	(塩分 g , カロリー cal , たんぱく g)	<input type="checkbox"/> その他()		
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	◆ トロミ(有・無)	◆ 食べこぼし(有・無)
			食事時間	分
排泄(昼)	<input type="checkbox"/> 一人で出来る	<input type="checkbox"/> 誘導すれば出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用	<input type="checkbox"/> 補助具()		
	<input type="checkbox"/> 紙オムツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取りパッド	<input type="checkbox"/> 布パンツ
				昼・排尿回数()回
排泄(夜)	<input type="checkbox"/> 一人で出来る	<input type="checkbox"/> 誘導すれば出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用	<input type="checkbox"/> 補助具()		
	<input type="checkbox"/> 紙オムツ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 尿取りパッド	<input type="checkbox"/> 布パンツ
				夜・排尿回数()回
失禁	<input type="checkbox"/> 尿失禁(度々・時々・無)	<input type="checkbox"/> 便失禁(度々・時々・無)	<input type="checkbox"/> 尿意(有・時々・無)	<input type="checkbox"/> 便意(有・時々・無)
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入れる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一般浴
				<input type="checkbox"/> 中間浴
				<input type="checkbox"/> 機械浴
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 一人で出来る	<input type="checkbox"/> 声掛けで出来る	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助
整容	介助が 洗顔(要・不) 歯磨き(要・不) 入歯着脱(要・不) 手洗い(要・不) 整髪(要・不) ひげそり(要・不)			
その他				

精神の状況・認知症症状

性格	<input type="checkbox"/> 温厚	<input type="checkbox"/> 明朗	<input type="checkbox"/> 我慢強い	<input type="checkbox"/> 几帳面	<input type="checkbox"/> おとなしい	<input type="checkbox"/> 頑固	<input type="checkbox"/> 根暗	<input type="checkbox"/> わがまま	
	<input type="checkbox"/> 神経質	<input type="checkbox"/> うるさい	<input type="checkbox"/> 無口	<input type="checkbox"/> 社交的	<input type="checkbox"/> その他()				
理解力	<input type="checkbox"/> 物忘れ(時々・頻繁)がある	<input type="checkbox"/> 日課の理解ができない	<input type="checkbox"/> 年齢を答えられない						
	<input type="checkbox"/> まわりへ無関心(時々・頻繁)である	<input type="checkbox"/> 直前の記憶ができない	<input type="checkbox"/> 注意散漫である						
	<input type="checkbox"/> 名前を答えられない	<input type="checkbox"/> 季節の理解ができない	<input type="checkbox"/> 場所の理解ができない						
行動	<input type="checkbox"/> 被害的になる	<input type="checkbox"/> 作話がある	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 感情失禁			
	<input type="checkbox"/> 感情の不安定	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴力	<input type="checkbox"/> 大声	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 興奮しやすい			
	<input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す	<input type="checkbox"/> 落ち着きがない	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 誤認行為	<input type="checkbox"/> 放尿・放便				
	<input type="checkbox"/> 一人で部屋に戻れない	<input type="checkbox"/> 一人で外に出たがる	<input type="checkbox"/> 帰宅願望	<input type="checkbox"/> 不潔行為					
	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 性的行為	<input type="checkbox"/> その他()						
介護拒否	◆食事(有・無) ◆排泄(有・無) ◆入浴(有・無) ◆薬(有・無) □その他()								
ナースコール	<input type="checkbox"/> 使用できる	<input type="checkbox"/> 使用できない	押した後	<input type="checkbox"/> 待てる	<input type="checkbox"/> 待てない				
転倒リスク	ふらつき	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	安全ベルト	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	4点柵	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
		センサーマット	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	転倒歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	① 年 月 日	② 年 月 日
その他									

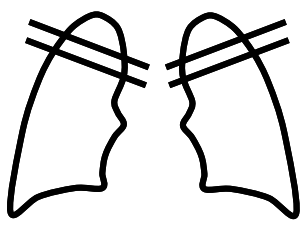
健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
住所	TEL		

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)			
検査所見 【検査日 年 月 日】		胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】	
尿	蛋白質	- ± +	所見  異常あり・異常なし
	糖	- ± +	
	潜血	- ± +	
感 染	H B s	抗原精密 - +	
	H C V	抗体 - +	
症	疥癬	- + 部位()	
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()	結核の既往	無・有 (歳)
アレルギー(食物・薬)	無・有()	視力障害	無・有()
麻痺	無・有()	聴力障害	無・有()
拘縮	無・有()	言語障害	無・有()
特記事項			

上記のとおり、診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

血液検査について

採血年月日 年 月 日

血液検査項目について、漏れがないように記入してください。

検査項目		測定値		基準値
肝疾患	GOT	ASL	()IU/1	10~40
	GPT	ALT	()IU/2	5~45
	LDH	LDT	()IU/1	115~245
	γ-GTP	γ-GTP	()IU/1	M75以下 F45以下
	総ビリルビン	T-Bil	()mg/dl	0.2~1.1
腎疾患	尿素窒素	UN	()mg/dl	8~22
	クレアチニン	クレアチニン	()mg/dl	M0.7~1.3 F0.5~1.0
	尿酸	UA	()mg/dl	M2.6~7.5 F2.0~5.7
	Na(ナトリウム)	Na	()mEq/1	134~147
	K(カリウム)	K	()mEq/1	3.6~5.0
貧血	赤血球数	RBC	()百万/μ1	M4.27~5.70 F3.76~5.00
	血色素量	Hgb	()g/dl	M13.5~17.6 F11.3~15.2
	ヘマトクリット値	Hct	()%	M39.8~51.8 F33.4~44.9
	MCV	MCV	()fl	M83~102 F79~100
	血小板数	Plt	()万/μ1	13.0~36.9
感染症後	CRP定量	CRP	()mg/dl	0.30以下
	白血球数	WBC	()千/μ1	M3.9~9.8 F3.5~9.1
糖尿病	血糖(空腹時)	Glu	()mg/dl	60~109
		食後	()時間	
	グリコヘモグロビンA1c	HbA1c	()%	4.3~5.8
栄養状態	総蛋白	TP	()g/dl	6.7~8.3
	アルブミン	ALB	()g/dl	4.0以上

服薬について「ワーファリン」を使用されている場合、以下の検査結果を記入してください。

	トロンボテスト	トロンボ	()%	70~130
	プロトロンビンINR値	PT INR	()	09.~1.1