

利用申し込み書(本入所・ショートステイ・通所リハビリ・訪問リハビリ)

介護老人保健施設 ハートケア横浜小雀 施設長殿

申込者氏名： _____ 印 続柄(_____)

〒 _____
住所： _____

電話番号 (_____)

ふりがな		性別	明治・大正・昭和
利用者氏名			年 月 日 歳
利用者 現住所	〒 _____		電 話 _____
認定有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	認定日 年 月 日
要介護状態 区分	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		
介護保険	負担割合： _____ 割	限度額認定証：無・有(食事負担限度額 日額 _____ 円)	
健康保険	後期高齢者・社保・国保・生保・その他(_____)	身障者手帳	有・無
利用 希望 種別	<input type="checkbox"/> 入所	認知症棟・一般棟 居室希望：多床室・2人部屋・個室 入所のご希望時期： _____ 年 月 日頃	
	<input type="checkbox"/> (予防)短期入所 (ショートステイ)	ご希望の期間： _____ 月 日 ~ _____ 月 日 / 利用日数 _____ 日間	
	<input type="checkbox"/> (予防)通所リハビリ (デイケア)	ご希望の時間：半日利用(午前・午後)または1日利用 ご希望の回数：週に _____ 回 / ご希望の曜日：月・火・水・木・金・土	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	ご希望の時間： _____ 時 分 ~ _____ 時 分の間 ご希望の回数：週に _____ 回 / ご希望の曜日：月・火・水・木・金・土	
利用目的	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 在宅困難 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
現在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中	主な介護者： _____ 続柄(_____) かかりつけ医： _____ 受診の頻度：週・月に _____ 回 居宅介護支援事業所： _____ 現在利用中のサービス： _____	
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中	医療機関名： _____ 入院日： _____ 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"/> 介護老人福祉施 <input type="checkbox"/> その他(_____) 施設名： _____ 入所日： _____ 年 月 日	
保証人氏名	_____ 続柄(_____)		
住 所	〒 _____	連絡先① (_____)	
	<input type="checkbox"/> 申込者と同様	連絡先② (_____)	

緊急連絡先	優先順位	氏名	続柄	電話番号
	①			(_____)
	②			(_____)
	③			(_____)

《利用者情報表》（本入所・ショートステイ・通所）

今後、当施設でのサービス提供時の参考とさせていただきますのでご記入お願い致します。

ふりがな
利用者氏名

ご記入者

続柄()

生活歴(出身地、学歴、職歴、転居、結婚、出産の時期等) 時系列で現在に至るまでをご記入ください。
 例：〇〇県出身→〇〇高校、〇〇大学卒業→20歳で神奈川県戸塚区に移住→〇〇会社に勤務→25歳で結婚
 →28歳で長男を設ける→35歳〇〇に転職→65歳定年退職→73歳横浜在住の長男夫婦と同居し現在に至る

趣味： 性格： 嗜好品：

住宅状況

持ち家 マンション・アパート・団地【 階建ての 階】エレベーター【無・有】
 専用居室【無・有 階 畳】 車椅子の使用【可・不可】 寝室【ベッド・布団】

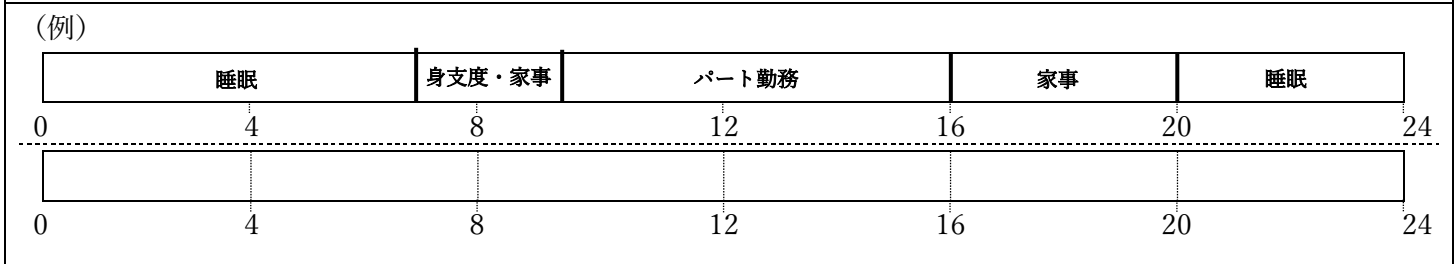
利用者様ご本人からみた家族構成をご記入下さい。

利用者家族構成	氏名	年齢	続柄	居住

今後の意向（特養入所・在宅復帰等） / 当施設での介護・リハビリに対する要望
 ご本人（ ） / （ ）
 ご家族（ ） / （ ）

特別養護老人ホーム
 申請【済・未】 申請日【年月頃】 施設名

任意 ご家族様の一日の過ごし方 *今後の在宅生活継続のためのプラン作成の際に活用させていただきます。
同居の場合のみご家族様の一日のスケジュールをご記入ください。(大まかで結構です)



請求書送付先 氏名 〒 住所

日常生活動作（ADL）調査票

【 ハートケア横浜小雀 】

西暦 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

(続柄・職種)

項目	レベル			内 容	備 考	
食 事	自 立	一部介助	全介助	形態 主食(米飯・軟飯・粥・ミキサー 経管栄養) 副食(常食・一口大・軟菜・ミキサー) 義歯(無・有：上・下・一部・全部) むせ込み(無・有) / 食欲(無・有 割) 水分トロミ(無・有：薄・中・濃) 治療・禁止食() 使用具(箸・スプーン・その他『 』)		
移 動	自 立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具		
移 乗	自 立	一部介助	全介助			
立位保持	自 立	一部介助	全介助			
座位保持	自 立	一部介助	全介助			
起き上がり	自 立	一部介助	全介助			
寝 返 り	自 立	一部介助	全介助			
排 泄	日 中 自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器		
				オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)		
	夜 間 自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器		
				オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)		
						バルーンカテーテル ストマ
						尿失禁(有・無) 便失禁(有・無)
				尿意(有・無) 便意(有・無)		
入 浴	自 立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭		
更 衣	上 衣 自 立	一部介助	全介助			
	下 衣 自 立	一部介助	全介助			

意思疎通	普通 ・ 困難 (具体的な様子 :)
視力障害	無 ・ 有 (具体的な様子 :)
聴力障害	無 ・ 有 (具体的な様子 :)
認知症症状	無 ・ 有 (具体的な様子 :)

行 動	徘徊	帰宅 願望	介護 拒否	大声・ 奇声	妄想・ 幻覚	暴力・ 暴言	不潔 行為	昼夜 逆転	性的 行為	異 食	盗 食	収集 行為
	具体的な様子と頻度											

(その他に何かございましたらご記入ください。)

日常生活動作（ADL）調査票 の 記入方法

《ご本人様が現在行える動作・内容について、
当てはまる箇所に“○”（頻度が“ときどき”の場合は“△”）
をご記入ください。》

有・ときどき・無 について

有 : よく有る状態。だいたい、1週間に1回以上有る場合。

ときどき : ときどき有る状態。だいたい、1ヶ月に1回以上有る場合。

無 : ほとんど無い状態。過去1ヶ月の間に1回も無い場合。

レベル（自立・一部介助・全介助）について

自立 : セッティング(用意すれば)・声かけなど行えば、だいたいご自分で行える場合。

☆一部介助 : ご自分でも行なえる部分はあるが見守りや直接介助が必要な場合。

全介助 : その動作に対し全面的に介助が必要な場合。

☆ 一部介助に当てはまる場合は、備考欄に必要な介助内容をご記入ください。

例) 食事 ・ 多少食べこぼしがあっても召し上がる動作が可能であれば自立。
・ 時間がないので介助してしまうがゆっくりでもご自分で召し上がれる場合は自立。
・ 一気に召し上がりむせてしまうので少しずつ分けて提供する場合は一部介助。

更衣 ・ 準備しておけば着替えられる場合は自立。
・ 着る順番がちぐはぐで一つずつ手渡しする場合は一部介助。

内容について

該当する場合は（ ）内の空欄にもご記入ください。その他気になる点などございましたら空欄や備考欄にご記入ください。

食事 : 『粥』は、全粥、3分・5分粥などを含みます。詳細は備考欄にご記入ください。
: 『一口大』は食べやすい大きさにほぐしたり、一口大にカットする。『ミジン』は細かいみじん切りです。その他の工夫などは、備考欄にご記入ください。
: 『食欲』は、ときどき・無の場合、普段どのくらいの量を召し上がれるのか全体の『何割』くらいとご記入ください。

入浴 : 『中間浴』は、リフト浴やチェア浴・シャワー浴と呼ばれる中間的な入浴方法です。詳細や工夫は備考欄にご記入ください。

意思疎通について

言葉による会話が可能であれば『普通』。会話に工夫が必要であれば『困難』で具体的な様子・方法をお書きください。

困難の例) ・ 言語障害があり、筆談による会話が可能な場合。“言語障害あり。会話は筆談。”
・ 痴呆症状による場合。“その場の受け答えのみ” “痴呆重度の為、疎通困難”

行動について

当てはまる行動がある、又はそれ以外の行動がある場合は、具体的な様子にご記入ください。

不潔行為 : オムツはずしや便をさわる行為。放尿や放便も含まれます。

昼夜逆転 : 昼間寝ていて夜起きている逆転傾向の状態。夜間不眠も含まれます。

異食 : 食べられないものを口に入れる行為。

※ その他、お気づきの点などございましたらご記入ください。

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。

フリカ ^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	
病状経過			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	-	±	+	所見  異常あり ・ 異常なし			
	糖	-	±	+				
	潜血	-	±	+				
感染症	HBs	抗原精密		-				+
	HCV	抗体		-				+
	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								
GOT	GPT	LDH	Alb	T-B	CRE	BUN	Na	K
Cl	RBC	WBC	Hb	Ht	PLT	MCV	Fbs	HbA1C

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印