

*施設記入欄

入所申込書兼判定資料

記入日 令和 年 月 日

ふりがな				性別	介護度	形態	
名前						*施設記入欄	
生年月日	T S	年	月	日	年齢	介護保険 証有効期限	～ 年 月 日 年 月 日
住所	〒						
キーパーソン(KP)	ふりがな			続柄	電話		
	氏名				携帯		
	住所	〒					
介護支援 専門員	事業所名				担当者		
	住所	〒			TEL FAX		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他施設						
	病院 施設名				担当者	連絡先	
申込理由							
既往歴							
現病名						家族構成	
施設での生活 に対する 要望	ご本人:						
	ご家族:						
被保険者情報				*相談員記入欄			
<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> マル障受給証							
<input type="checkbox"/> 特定疾病医療受給者証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳							
<input type="checkbox"/> 減額認定証(介保・医保) <input type="checkbox"/> 生活保護							
障害高齢者日常 生活自立度	障害高齢者 日常生活自 立度	薬	住所変更				
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
記入者				記入年月日 月 日			

特別養護老人ホーム藤香苑

介護上の留意点 【 入所判定会 】

氏名

身長 cm

体重 kg

入所希望者本人の状態	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 摂取不可			
		食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> CV)		
			副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ソフトS(刻み) <input type="checkbox"/> ペースト トロミ剤の使用 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		
				<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 療養食 (<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 脂質異常症) (・ 水分摂取量 <input type="text"/> CC/日 ・ 塩分 <input type="text"/> g/日 ・ 摂取カロリー <input type="text"/> kcal/日)		
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 総義歯 (<input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 上下) ・ 部分義歯 (<input type="checkbox"/> 上のみ <input type="checkbox"/> 下のみ <input type="checkbox"/> 上下)			
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食品名 (<input type="text"/>)			
	用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 用具名 (<input type="text"/>)				
	排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 (<input type="checkbox"/> 一部介助 ・ <input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 全介助			
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	排尿回数	<input type="text"/> 回/日	
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	排便回数	<input type="text"/> 回/日 <input type="checkbox"/> 便秘	
		下着	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) パット (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)			
		場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ベット上			
	入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		方法	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴 <input type="checkbox"/> 座位型 <input type="checkbox"/> 臥床型 <input type="checkbox"/> シャワー			
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		洗身・洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		拒否	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある			
	動作等	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 (<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)			
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可			
		座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可			
		寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可			
		外出	<input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり			
	身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 眼鏡の使用			
聴力		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声は聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (<input type="checkbox"/> 補聴器使用) 聞こえない (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)				
言語		<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない				
意思		<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない				
褥創		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位: <input type="text"/> 程度: <input type="text"/> その他の皮膚症状 (<input type="text"/>)				
麻痺		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他)				
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (<input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 整髪 <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> 髭剃り) <input type="checkbox"/> 全介助					
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 睡眠薬の使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)					
嗜好品等	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (量 <input type="text"/>) * 施設では提供しません。				
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (<input type="text"/> 本/日) * 施設は禁煙です。				
認知症・精神の状態	該当項目にチェック	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診断名 <input type="text"/> 時期 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)			
		精神科受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (診断名 <input type="text"/> 時期 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日)			
		行動障害	<input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異色(食物以外のものを口に入れる)			
			<input type="checkbox"/> 意思疎通 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 脱衣 <input type="checkbox"/> 自傷(自分を傷つける行為) <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 夜間徘徊 <input type="checkbox"/> 他傷(他人を傷つける) <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 不快な音を立てる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜傾眠 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input type="checkbox"/> セクハラ(性的逸脱行為) <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 直ぐにカッとなったリイライラする <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 火の不始末(日常の不安) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) R <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 聞き取り(相談員: <input type="text"/>)			

該当項目を塗りつぶして下さい ■

診療情報提供書

令和 年 月 日

施設名 特別養護老人ホーム 藤香苑

担当医 科御中
先生御侍史

所在地

医療機関名
電話番号
FAX番号
診療科
担当医

㊞

患者氏名			生年月日	T・S・H 年 月 日	男・女
住所	〒				
電話番号					
紹介目的					
傷病名					
既往歴 及び 家族歴	結核の既往 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	精神疾患の既往 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病名:)				
	手術歴 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手術理由:)				
	嗜好				
	薬剤アレルギー	無・有 (薬品名:)			
症状経過 及び 検査結果 治療経過					
現在の 処方					
備考	血液型	型 Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		義歯	総義歯(上・下)・部義歯(上・下)
	食物アレルギー				
	身長	cm	体重	kg	障害高齢者 日常生活自立度
	血圧	/	mmHg	心拍数	回/分
感染症	MRSA	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	梅毒	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	HBS	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	疥癬	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	HCV	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	その他		
添付資料	フィルム(CDR) 検査記録(コピー 枚) その他()				

※直近の血液検査の結果を添付して下さい。