

介護老人保健施設 アルカディア上越 利用申込書(No1)

利用者	氏名	(男・女) 生年月日 M T S 年 月 日 (歳)
	住所	Tel
申込者	氏名	続柄
	住所	Tel
連絡先	①	Tel
	②	Tel
	③	Tel

利用区分	☐ 入所 ☐ 短期入所 ☐ 通所リハビリ(週 回 ・ 曜日希望)
医療保険情報	主保険: ☐ 後期高齢者 ☐ 国保 ☐ 社保(本人・家族) ☐ 生活保護 公費負担: ☐ 県障医療 ☐ 特定疾患 ☐ 自立支援医療 ☐ その他
介護保険認定状況	☐ 対象外 ☐ 未申請 ☐ 申請中 (新規・更新・変更) ☐ 要支援 (1 2) ☐ 要介護 (1 2 3 4 5) 在宅ケアマネジャー () 連絡先
かかりつけ医	
主病名	
現在の状況	☐ 自宅 ☐ 施設入所中() ☐ 入院中(年 月 日～ 病院 科 医師)
利用目的	
	(入所希望期間 ヶ月)
退所後の予定 (入所希望のみ)	☐ 在宅療養 ☐ 他施設 () ☐ 未定

家族状況	家族構成	氏名(同居・別居)	続柄	年齢	職業
	本人 	(同・別)			
		(同・別)			
		(同・別)			
		(同・別)			

※記載不要	申請受付日 月 日	個室利用 ☐ 希望 ☐ やむを得ず ☐ 不可
	判定結果	結果連絡 入所日 部屋

介護老人保健施設 アルカディア上越 利用申込書 (No2)

氏名

身体・健康の状態	
視力障害	なし・あり(□やや見えにくい・□他人の顔がやっとわかる程度・□見えない/□右□左)
聴力障害	なし・あり(□やや聞こえにくい/□右□左・□聞こえない/□右□左・□補聴器)
言語障害	なし・あり(□簡単な会話はできる・□話せない)
歯の障害	なし・あり(一部入歯・上・下／その他・総入歯)
麻痺	なし・あり(部位)
褥創	なし・あり(部位 ・程度)
医療行為	☐ 点滴 ☐ インシュリン注射 ☐ ストーマ ☐ 酸素療法 ☐ 留置カテーテル ☐ 気管切開 ☐ 痰吸引(1日 回くらい) ☐ 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)
日常生活の状態	
寝返り	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
起き上がり	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
座位保持	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
立ち上がり	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
立位保持	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
移乗	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助() ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
移動	☐ 独歩 ☐ 歩行器 ☐ 杖 ☐ 車椅子 ☐ いざり ☐ できない ☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
入浴	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
更衣	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ ほぼ全介助 ☐ 全介助
食事	☐ 自力 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 / ☐ 箸 ☐ スプーン・フォーク
食事形態	☐ エネルギー (kcal/日) ☐ 塩分(g/日) 主食 ☐ 常食 ☐ 全粥 ☐ 五分粥 副食 ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ きざみ ☐ ミキサー食 ☐ トロミ食
排泄	尿意: ☐ ある ☐ ない 便意: ☐ ある ☐ ない 日中: ☐ 自立 ☐ 介助 / ☐ オムツ ☐ 紙パンツ ☐ 尿器 ☐ トイレ 夜間: ☐ 自立 ☐ 介助 / ☐ オムツ ☐ 紙パンツ ☐ 尿器 ☐ トイレ
言語・精神の状態	
意思疎通	☐ 完全に通じる ☐ ある程度通じる ☐ ほとんど通じない ☐ 文字板等使用
具体的に	☐ よく物忘れをする ☐ 家族の顔がわからないことがある ☐ 自分のいる場所がわからないことがある ☐ 自分の年齢(生年月日)がわからない ☐ 幻覚、幻聴、妄想がある ☐ 意欲低下 ☐ 暴力をふるうことがある ☐ すぐにカッとなったり、イライラしたりする ☐ 徘徊がある ☐ 独語がある ☐ 夜間に大声で騒ぐ、不眠がある ☐ 不潔行為がある ☐ 介護衣の着用 ☐ ミソンの使用 ☐ その他()

記入日 年 月 日 (記載者)

診療情報提供書

介護老人保健施設

先生 御机下

下記のとおり診断します

氏 名			男・女	M・T・S	年	月	日生
住 所							
既往及び現病歴	病名 ① _____ ② _____ ③ _____ 経過						
治療薬							
現在の状態	寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1 B2 C1 C2
	認知度	正常	I	II a	II b	III a	III b IV M
一般状態	身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg 脈拍 /min 整・不整
	麻痺	有・無	(部位)				
	褥瘡	有・無	(部位)				
	疥癬等皮膚疾患	有・無	(部位)				
	その他留意すべき感染症の有無 有 (具体的に)・無						
検査所見	RBC	$\times 10^4 / \mu l$	Hb	g/dl	WBC	$/ \mu l$	
	GOT	U/l	GPT	U/l	クレアチニン	g/dl	
	血糖 (随時 / 空腹)			mg/dl	Alb	g/dl	
	その他の検査値 :						
	胸部X線 異常有 (具体的に)・無				ECG 異常有 (具体的に)・無		
ケア上の留意点 / 要望事項 (リハビリ目標など)							

上記のとおり診断します

年 月 日

病院名

医師氏名

印