

利用者コード

利用申込書（入所・通所・ショートステイ）

平成 年 月 日

利用希望者	氏名	フリガナ	生年月日	明・大・昭	年齢
	住所	〒	年	月	日 ()
申込者	氏名	フリガナ	続柄		
	住所	〒	電話		
			携帯		

要支援	要介護	1・2・3・4・5	申請・変更中	有効期限	年 月 日～ 年 月 日
居宅介護支援事業所			担当ケアマネ		

希望サービス	入所	年 月頃～	希望居室	個室 ・ 2 ・ 3 ・ 4
	ショートステイ	月 日 ～ 月 日	希望	
	通所	週 回	希望曜日	入浴希望 (有・無)

現在状況	在宅	かかりつけ医療機関	
		利用中のサービス	
	入院中	病院名 ()	
		年 月 日～ 入院中	
入所中	施設名 ()		
	年 月 日～ 入所中		

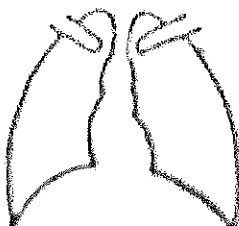
* 退所後の予定について○を付けてください。又、具体的に申し込まれている方は施設名をご記入ください。

在宅	()	年 月 日	申込 (済・未)
老健	()	年 月 日	申込 (済・未)
特養	()	年 月 日	申込 (済・未)
療養型病院	()	年 月 日	申込 (済・未)

* 家族構成

氏名	住所	電話	続柄・同・別居	備考
			() (同居・別居)	
			() (同居・別居)	
			() (同居・別居)	
			() (同居・別居)	

入所時健康診断書

氏名	様 男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
住所		電話番号	
現病	病名	所見	
経過			
既往歴	病名 (年 月 日)	胸部 X-P 所見 年 月 日  <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	
	病名 (年 月 日)		
病名 (年 月 日)			
病名 (年 月 日)			
病名 (年 月 日)			
内服			
	心臓(心電図所見) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 正常範囲内 <input type="checkbox"/> 異常		
感染症	梅毒反応 (+・-) HBs抗原 (+・-) HCV抗体 (+・-) HBs抗体 (+・-) MRSA (+・-) (月 日) 血液型 _____ 型 (Rh)		
アレルギー	無・有 ()	医学的管理(有・無) 気管切開チューブ・経管栄養(経鼻・胃ろう) 人工肛門・膀胱留置カテーテル その他()	
尿検査	蛋白 () 潜血() 糖 () ウロビリノーゲン()		
血算	赤血球 () ヘマトクリット () 血色素 () 白血球 () 血小板 ()		
生化学	総蛋白 () GOT () BUN () 総コレステロール() GPT () クレアチニン () CRP定量() LDH () 血糖 () アルブミン () HbA1C ()		

日常生活自立度(寝たきり度)		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症生活自立度		正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
視覚				聴覚						
精神 神経系	病名									
	状態									
血圧				脈拍						
体格	身長				cm	体重			Kg	
麻痺	上肢	無	軽度	中等度	高度	(右・左)				
	下肢	無	軽度	中等度	高度	(右・左)				
運動失調	無・有〔体幹・上肢(右・左)・下肢(右・左)〕									
疼痛	無・有〔肩・腰(右・左)・膝(右・左)その他()〕									
変形・拘縮	無・有(部位:)			気管切開	無・有		失語	無・有		
皮膚	褥瘡・白癬・疥癬(有・無)			嚥下障害	無・有		構音障害	無・有		
上記の通り診断します		医療機関名								
令和	年	月	日	所在地						
				電話番号						
				医師氏名						
⑩										

※3ヶ月以内のデータは転記可能です。

※すべてご記入下さい。(MRSAがないと判定できません。)

介護老人保健施設「秋桜」

日常生活調査表①

平成 年 月 日

氏名		生年月日					
様		年	月	日	歳		
本人の希望							
家族の希望							
歩行 (移動)	自立	見守り	一部介助	全介助			
	・独歩 ・シルバーカー	・杖歩行 ・歩行器	・つたい歩き ・車椅子(自操・介助)	・手引き			
車椅子	(移乗)	自立	見守り	一部介助	全介助		
起き上がり	自立	見守り	一部介助	全介助			
立ち上がり	自立	見守り	一部介助	全介助			
立位保持	自立	見守り	一部介助	全介助			
座位保持	自立	見守り	一部介助	全介助			
寝返り	自立	見守り	一部介助	全介助			
食事	自立	見守り	一部介助	全介助			
	(主食)	常食	軟飯	()分粥	全粥	ペースト	
	(副食)	常菜	軟菜	一口大	きざみ	極きざみ	ペースト
	(治療食)	糖尿病(kcal)	心臓食(塩分	g)		
	(禁止食)						
	(嚥下)	問題無	やや問題有	問題有			
	(トロミ)	無	水分のみ	全て			
	(食欲)	旺盛	普通	少食	ムラ有		
	(使用具)	箸	スプーン	フォーク	エプロン	自助具()	
	(義歯)	無	有(総・部分・上・下)	(管理)	可	不可	
(好物)	(嫌物)						
排泄	(日中)	自立	声かけ	一部介助	全介助	定時誘導	
	(使用器具)	トイレ	Pトイレ	尿器			
	(タイプ)	布パンツ	パット	リハパン	オムツ		
(排尿回数)	1日平均	回程度					
(夜間)	自立	声かけ	一部介助	全介助	定時誘導		
(使用器具)	トイレ	Pトイレ	尿器				
(タイプ)	布パンツ	パット	リハパン	オムツ			
(排尿回数)	1日平均	回程度					
(尿意)	有・無	(便意)	有・無	(失禁)	無・時々有・有		
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助			
	入浴方法: 一般浴・座浴・ストレッチャー浴・シャワー浴・清拭 拒否: 無・有						
更衣	自立	声かけ	一部介助	全介助			
整容	(洗顔)	自立	声かけ	一部介助	全介助		
	(歯磨き)	自立	声かけ	一部介助	全介助		
聴力	よく聞こえる	大きな声は聞こえる	耳元で大声	聞こえない			
	補聴器の使用: 無・有						
視力	よく見える	大きな字は見える	見えにくい(だぶる・ぼやける)	見えない			
	眼鏡・コンタクトの使用: 無・有 (右・左・両方)						
言語	問題無	聞き取りにくい	言葉が出づらい	失語			
	その他()						

日常生活調査表②

記入者名()

続柄()

睡眠	良眠		ムラ有		不眠	
	いびき	歯ぎしり	寝言	独語	他()	
	平均睡眠時間 ()			時間) 昼寝 ()		
	眠剤の使用		無・有 ()			
喫煙	しない	する	一日	本		
飲酒	しない	する	一日	を 杯・本		
金銭管理	できる		できない			
短期記憶	問題無		問題有			
意思決定を行う認知能力	自立	いくらか困難	見守りが必要	判断できない		
自分の意思の伝達能力	伝えられる	いくらか困難	具体的要求に限られる	伝えられない		
認知症状	周辺症状: 無		有			
	幻視・幻聴	妄想	昼夜逆転	暴言	暴行	介護抵抗・拒否 徘徊
	収集	大声	奇声	不穏	不潔行為	異食行動 性的問題行動
	帰宅願望		その他			
	具体例 (頻度) []					
	その他の精神・神経症状		無 有 [症状名: 専門医受診の有無: 無 有]			
使用器具等	ナースコール	できる	できない	ベッド抑制帯	未使用	使用
	離床センサー	未使用	使用	車椅子安全ベルト	未使用	使用
	センサーマット	未使用	使用	褥瘡マット	未使用	使用
	ベッド4点柵	未使用	使用	その他		
身体の状態	利き腕 ()		身長		cm	体重
			kg			
	麻痺・拘縮・不随運動・褥瘡・皮膚疾患 など ()					
性格	若い頃				最近	
趣味	若い頃				最近	
1日の過ごし方	0 3 6 9 12 15 18 21 24					
その他	一番困っていることは何ですか?					

日常生活調査表③

様

記入者氏名

(続柄

)

1	名前・生年月日・日時・曜日・季節がわからなくなる事がありますか。	ある・時々ある・ない
2	家族の顔や名前がわからなくなる事がありますか。	ある・時々ある・ない
3	食事・トイレ等の寸前の事を忘れてしまう事がありますか。	ある・時々ある・ない
4	同じ話を繰り返す事がありますか。	ある・時々ある・ない
5	日常会話の理解が困難な事がありますか。	ある・時々ある・ない
6	自分の部屋や、トイレの場所がわからなくなる事がありますか。	ある・時々ある・ない
7	自分の物と、他人の物が区別がつかなくなる事がありますか。	ある・時々ある・ない
8	落ち着いて座っていられず、動きまわる事がありますか。	ある・時々ある・ない
9	転倒等の危険認識が弱く、ベッドや椅子から立ち上がる事がありますか。	ある・時々ある・ない
10	帰宅願望があり落ち着かず、目が離せない事がありますか。	ある・時々ある・ない
11	大きな声で怒鳴ったり、他の方に手を挙げてしまう事がありますか。	ある・時々ある・ない
12	夜間に頻尿や不眠で下記にあてはまるものがありますか。 トイレ(回)・不快な音をたてる・動き回る・独り言・大声	ある・時々ある・ない
13	特に症状は認められないが、体調不良や痛みを訴える事がありますか。	ある・時々ある・ない
14	突然泣いたり・笑ったり・怒り出したりと感情が不安定になる事がありますか。	ある・時々ある・ない
15	実際に無い物が見えたり、聞こえたりする事がありますか。	ある・時々ある・ない
16	作話をして周囲の方に話をする事がありますか。	ある・時々ある・ない
17	物やお金を盗られた等、被害的になる事がありますか。	ある・時々ある・ない
18	食べられない物を口に入れてしまう事がありますか。	ある・時々ある・ない
19	トイレ以外で排泄をしてしまう事がありますか。	ある・時々ある・ない
20	オムツを外してしまう事がありますか。	ある・時々ある・ない
21	排泄物を弄ったり等の不潔な行為をする事がありますか。	ある・時々ある・ない
22	介護を嫌がる事がありますか。	ある・時々ある・ない

リハビリテーション経過 連絡書

記載日：平成 年 月 日 記載者：

利用者氏名 様 男・女 性	健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)
----------------------	--------------------

ご本人・ご家族の希望

運動機能検査	
痛み	あり ・ なし (首・肩・腰・股関節・膝関節・足関節・上肢・下肢)
関節可動域検査	ほぼ正常 ・ 著明な制限あり (頸部・肩関節・肘関節・手関節・股関節・膝関節・足関節)
筋力・麻痺	ほぼ正常・麻痺・筋力低下 (右:上肢・下肢 左:上肢・下肢 体幹・頸部)

自立状況 項目		評価・訓練時の能力					
		自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	非実施
活動面	移乗動作						
	移動						
	食事						
	排泄						
	整容						
	更衣						
	入浴						
コミュニケーション							

自立・介護 状況 項目		評価・訓練時の能力					
		自立	見守り	口頭指示	一部介助	全介助	非実施
基本動作	寝返り						
	起き上がり						
	座位保持						
	立ち上がり						
	立位保持						
	歩行						

リハビリテーション経過

治療目標	短期目標 :
	長期目標 :

リハビリプログラム	①
	②
	③
	④
	⑤