

介護老人保健施設 日の出さくら 利用申請書

【 長期入所 短期入所 通所 】

紹介者

利用者の氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日・年齢		
			明治 大正 昭和	(歳)	年 月 日
利用者の住所	〒 — (電話 — —)				
申請者の氏名	(ふりがな)	利用者との続柄			
申請者の住所	〒 — (電話 — —)				
利用の理由	1. 退院後の生活リハビリ 2. 介護者の休養 3. 介護老人福祉施設の待機 4. 生活の活性化 5. その他()				
利用の希望	1. 通所リハビリ : 週 回 / 入浴(有・無) / 送迎(有・無)				
	2. 短期入所(ショート) : 年 月 日 ~ 年 月 日				
	3. 長期入所 : 1か月・2か月・3か月・その他()				
現在の状況	1. 居宅				
	2. 入院中 (病院名:)				
	3. 施設入所中 (施設名)				
現在利用している福祉サービス	1. 訪問介護 4. ショートステイ 7. 訪問看護				
	2. デイサービス 5. 入浴サービス 8. 訪問医師				
	3. デイケア 6. 給食サービス 9. その他				
介護保険	要介護区分	要支援	1・2	認定の有効期間	平成 年 月 日 から
		要介護	1・2・3・4・5		平成 年 月 日 まで
介護保険負担限度額認定証	有 (第 段階) ・ 無		生活保護受給 有 ・ 無		
医療保険 お持ちの物に○を付けてください	後期高齢者医療被保険者証	保険者番号		被保険者番号	
	国保(本・家) 社保(本・家)	保険者番号		記号番号	
	国民健康保険高齢受給者証				
身体障害者手帳	都道府県 第 号 / 種 級				
	取得年月日 : 年 月 日				
	傷病名:				

裏面のご記入もお願い致します。

家族の状況	1.同居者あり			2. 1人暮らし			
	(本人含む 人家族)			(近所に身内が いる・いない)			
家族構成 ※別世帯でも介護に携わっている方をご記入下さい。	氏名	続柄	年齢	住所	電話		
緊急連絡先1	(ふりがな)		続柄	電話	自宅	—	—
	氏名				携帯	—	—
					勤務先	—	—
					(名称)
	住所	〒 —					
緊急連絡先2	(ふりがな)		続柄	電話	自宅	—	—
	氏名				携帯	—	—
					勤務先	—	—
					(名称)
	住所	〒 —					
介護老人保健施設を利用するにあたっての要望事項							
今、困っていること							
本人の希望							
家族の希望・介護方法の注意点							
本人の性格							
趣味							
退所後について	1. 自宅 : 自宅に帰るまでに必要なこと・心配なこと						
	()						
	2. 介護老人福祉施設入所 (申請済の施設名)						
	3. その他()						
請求書の送付先	1. 申請者						
	2. その他: 氏名() (〒)						

介護老人保健施設療養情報提供書

介護老人保健施設 日の出さくら 殿

保険医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

印

患者氏名 様 (男・女)
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)

〈紹介目的他〉

リハビリテーション (医療的訓練 生活リハビリ) 生活の活性化
家族への介護支援 入所(15日～約6ヶ月間程度)
ショートステイ (一般 医療ケア【具体的に 〃】)
デイケア (要送迎 入浴希望)

〈日常生活の活動状況〉

食 事	自立	一部介助	半介助	全介助
歩 行	自立	一部介助	半介助	全介助
排 泄	自立	一部介助	半介助	全介助
更 衣	自立	一部介助	半介助	全介助
入 浴	自立	一部介助	半介助	全介助
聴 力	普通	やや難聴	難 聴	
視 力	普通	弱 視	全 盲	
意志伝達	日常生活に支障が 無・有 (軽度・中等度・高度・非常に高度)			

〈寝たきり度〉

J : 一部自立 A : 準寝たきり B : 寝たきり C : 重度寝たきり

〈認知症の程度〉

自立 I II a II b III a III b IV V

〈診断名〉

① ⑤
 ② ⑥
 ③ ⑦
 ④ ⑧

〈既往歴〉

〈身長〉

cm

〈体重〉

kg

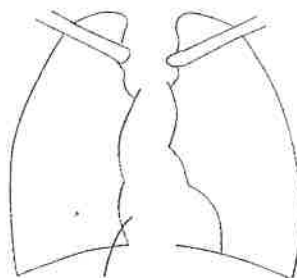
アレルギー歴 (有 ・ 無) (薬物)
 (食品) (その他)

〈現病歴・治療経過〉

〈胸部エックス線検査〉

直接 / 間接 No. _____

撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日



〈心電図所見〉

〈投薬内容〉

〈検査所見〉 ※ 血算・生化学・血清など検査結果報告の写しを添付して頂いても構いません

血液検査 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

白血球数		血小板数		γ-GTP	
赤血球数		GOT		BUN	
Hb		GPT		クレアチニン	
Ht		ALP		アルブミン	

〈伝染性疾患〉

HBS抗原	1. 陰性	2. 陽性
HCV抗体	1. 陰性	2. 陽性
皮膚疾患	1. 無	2. 有 (病名: _____)
疥癬	1. 無	2. 有
MRSA	1. 陰性	2. 陽性 (部位: _____)

〈備考〉