利 用 申 込 書

令和 年 月 日

介護老人	保健協設	「プリエール	1 施設長	煕
コロラインハ	ᅑᄣ	・ ノンエー ハレー	ᅵ	卅又

71 100 07		
利用者	フリガナ	生年月日 明·大·昭 年 月 日
	氏名	性 別 男 ・ 女 歳
	分形	電話番号
	住所	緊急連絡先
介護度	·要才	支援(1 · 2) ·要介護度(1 · 2 · 3 · 4 · 5) ·申請中
申込者	フリガナ	生年月日 明·大·昭 年 月 日
	氏名	続柄()性別 男·女 歳
	住所	電話番号
	エカ	緊急連絡先
	勤務先	
口 入所	Ť	
希望時期	朝	令和 年 月 日から 日間希望 理由:
部 屋		□ 個室(トイレなし) □ 個室(トイレ付) □ 特別室(トイレ・浴室付)
退所の	予定	
□ 短期	月入所療	養介護(ショートステイ)
希望時期	朝	令和 年 月 日から 日間希望 理由:
部 屋		□ 個室(トイレなし) □ 個室(トイレ付) □ 特別室(トイレ・浴室付)
		ーション(デイケア)
希望回数	数	週 回
希望曜日	3	□月 ・ □火 ・ □水 ・ □木 ・ □金 ・ □土
利用時間		□ 4 ~ 6時間 □ 6 ~ 8時間
来所手	<u> </u>	□ ご家族の送迎 □ 徒歩 □ 施設の送迎希望 □ その他
		連絡先 : TEL TEL
ロケア	プランを作	
		担当ケアマネ-ジャ- : TEL
※ 利用	目的をこ	ご記入ください。

利 用 調 査 票 (1)

記入日: 令和 年 月 日

利用者氏名

	氏	名	年齢	続柄	世帯	職業	連絡先(携帯番号等)
家族様の状況					同居 別居		
					同居 別居		
					同居 別居		
					同居 別居		
					同居 別居		

*今までに大きな病気で入院されたことはありますか? □ はい □ いいえ 病名 () 医療機関名 () 時期 (年 月) 病名 () 医療機関名 () 時期 (年 月)							
はい いいえ 病名 (◎ 既往歴						
病名() 医療機関名() 時期(年 月) 病名() 医療機関名() 時期(年 月) ③ 現在の状況 □ 入院 中: 医療機関名() 病名() 入院日 年 月 日~ 年 月 日 □ 施設入所中: 施設名() 入所日 年 月 日~ 年 月 日 □ 自宅療養中: 通院 往診 医療機関名() 病名()) (注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 □ 介護負担割合証 1割・2割 □ 介護保険負担限度額認定証 有・無 ⑥ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ ディサービス・デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ⑥ 退所後の予定	* 今までに大きな病気で	入院されたことはあ	りますか?				
病名 () 医療機関名 () 時期 (年 月) ② 現在の状況 □ 入院中: 医療機関名 () 病名 () 入院日 年 月 日 ~ 年 月 日 □ 施設入所中: 施設名 () 入所日 年 月 日 ~ 年 月 日 □ 自宅療養中: 通院 往診 医療機関名 () 病名 ()) (注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 □ 介護負担割合証 1割・2割 □ 介護保険負担限度額認定証 有・無 ③ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス・デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ③ 退所後の予定	□ はい □ いいえ						
 ○ 現在の状況 □ 入院中: 医療機関名() 病名() 入院日 年月日~ 年月日 □ 施設入所中: 施設名() 入所日年月日~ 年月日 □ 自宅療養中: 通院 往診 医療機関名() 病名() ② 主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 □ 介護負担割合証 1割・2割 □ 介護保険負担限度額認定証 有・無 ◎ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス・デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ◎ 退所後の予定 	病名() 医療機関名	()	時期(年	月)
□ 入院中: 医療機関名() 病名() ○ 入院日 年月日 日 □ 施設入所中: 施設名() ○ 入所日 年月日 日 ○ 自宅療養中: 通院 往診 医療機関名() 病名(○ 医療機関名() 病名() ○ 注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 ○ 介護負担割合証 1割・2割 □ 介護保険負担限度額認定証 有・無 ○ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス・デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ○ 退所後の予定	病名() 医療機関名	()	時期(年	月)
入院日 年月日~ 年月日日 施設入所中: 施設名() 入所日年月日~ 年月日日 自宅療養中: 通院 往診 医療機関名() 医療機関名() 病名() (注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 () 介護負担割合証 1割・2割 () 介護保険負担限度額認定証 有・無 (回)以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? () ショートステイ ロデイサービス・デイケア 口訪問看護 口訪問介護 コ訪問介護 その他 () 退所後の予定	◎ 現在の状況						
□ 施設入所中: 施設名() 入所日 年月日~ 年月日日 □ 自宅療養中: 通院 往診 医療機関名() 病名() (注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 □ 介護負担割合証 1割・2割 □ 介護保険負担限度額認定証 有・無 □ 小護保険負担限度額認定証 有・無 ◎ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス・デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 □ その他 ② 退所後の予定	□ 入院中:	医療機関名() 病:	名()
入所日 年月日~ 年月日日 □自宅療養中: 通院 往診 医療機関名() 病名() 病名() (注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 □介護負担割合証 1割・2割 □介護保険負担限度額認定証 有・無 ◎以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ショートステイ □ デイサービス・デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ②退所後の予定		入院日	年 月	日 ~	年	月 E	}
□ 自宅療養中: 通院 往診 医療機関名() 病名() (注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 □ 介護負担割合証 1割 · 2割 □ 介護保険負担限度額認定証 有 · 無 ◎ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス · デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ◎ 退所後の予定	□ 施設入所中 :	施設名()	
医療機関名() 病名() (注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。		入所日	年 月	日 ~	年	月 E	}
 注)主治医による「診療情報提供書」を持参してください。 □ 介護負担割合証 1割 · 2割 □ 介護保険負担限度額認定証 有 · 無 ◎ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス · デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ◎ 退所後の予定 	□ 自宅療養中 :	通院 往診					
 □ 介護負担割合証 1割 · 2割 □ 介護保険負担限度額認定証 有 · 無 ◎ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス · デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ◎ 退所後の予定 		医療機関名() 病:	名()
 □ 介護保険負担限度額認定証 有 · 無 ◎ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス · デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ◎ 退所後の予定 			 シしてください。				
 ◎ 以下の在宅サービスを利用されたことはありますか? □ ショートステイ □ デイサービス · デイケア □訪問看護 □訪問介護 □ その他 ◎ 退所後の予定 			. =				
□ ショートステイ □ デイサービス · デイケア □訪問看護 □訪問介護□ その他◎ 退所後の予定				.2			
□ その他◎ 退所後の予定					手謹 □1	問介護	
◎ 退所後の予定			, , , ,	- 1-1 (VI)			
		設(申込 未・)	済) □未	定 □ <i>そ</i>	- の他		
希望()				,			

利 用 調 査 票 (2)

利用者氏名

当てはまる箇所に○印をつけてください。

移	・移動	1. 車椅子	2. 歩行器·シ	ノルバーカー	3. 杖 4	独歩
動	・介助方法	1.全介助 2	一部介助	3.見守り	4.自立	
	・排泄方法	1.トイレ 2.7	ポータブルトイレ	3.オムツ	4.バルーン	5.ストーマ
1.11	・使用物品	1.リハビリパンツ	2.パット	3.紙オムツ		
排泄	・尿意・便意	1.有 2.無	·排	:便 1.自然	2.下剤 3.浣腸	ī 7
	・介助方法	1.全介助	2.一部介助	3.見守り	4.自立	
	・排泄頻度	1日 回				
	・食事	1. 一人でできる	2. 時間がか	かるができる	3. 一部介助	4.全介助
	・アレルギーは	ありますか? 1.	無 2. 有	()	
^	・義歯	1.	無 2. 有	·(上 総義歯・	部分 下 総義	歯·部分)
食事	・食欲はあります	すか? 1. 無	2. 有 主1	食: 普通・ 輔	欠飯 ・ おにぎり	・ お粥 ・ ミキサー
			副组	食: 普通 ・ -	-ロ大 · 刻み	・ミキサー・とろみ
	・使用している	道具 箸·	スプーン	・ フォーク	・自助具	
	嗜好品はあり	ますか?	1. 無	2. 有 (煙草	本/日)	· 酒類()
	・浴室	1.一般浴	2.座浴	3.機械浴	・ 4.シャ	ワー浴
浴	・介助方法	1.全介助	2.一部介助	3.見守り	4.自立	
身	・麻痺 1.右	5上肢 2.左上原	支 3.右下肢	支 4.左下肢	· 利き手 1	.右 2.左
体	· 視力 1 ·	普通 2 細かい字	は見えない	3 顔がわかる	5程度 4	ほとんど見えない
症状	· 聴力 1 ·	普通 2 大きい声 [・]	で聞こえる	3 耳元で大声	ちで聞こえる 4	ほとんど聞こえない
	・言語 1 ⁻	普通 2 声が出に	(い(構音障害)	3 言葉が出	こくい(失語症) 4	会話できない
	・意欲	1 何事にもやる気	<u></u> 「がみられる	2 相手	やものによってかれ) ನ
		3 時間によって』	ュラがある	4 ほとん	どない	
その	・夜間	1.良眠 2.2	不眠・1	眠前薬 1.有	2.無	
他	・物忘れ	1.無 2 ある	が生活に支障が	ない 3 最近の	のことを忘れ生活に	こ支障が出てきた
	・問題行動	1 異常なし 2	うつ状態 3	徘徊 4 不清	潔行為 5 被害	妄想 6 幻覚
		7 幻聴 8 イラ	イラ 9 昼夜	逆転 10 性	的問題 11 暴	言暴力 12 その他

記入者氏名 続柄

情報提供していただいた内容は、施設サービス計画や居宅介護支援事業者などとの連携でサービスを円滑に行うため「個人情報保護法」に準拠し使用させていただくことがあります。必要最小限の範囲でプライバシーを尊重し、関係者以外に決して漏洩することのないよう細心の注意を払います。(別紙および掲示板をご覧ください。)

令和 年 月 日

施設長 河野 正義

個人情報の使用に同意いたします。

利用者	印
利用者家族代表	印

診療情報提供書

令和 年 月 日

介護老人保健施設 「プリエール」 施設長 殿

> 医療機関名 住所 電話番号 担当医氏名

囙

患	者氏名			男	・女	生年	月日	明·大·	昭	年	月	日	(歳)
患	者住所													
	名													
	在までの 過および							投 薬						
現	在の治療							内						
	状況							容						
	白血球			クレアチニ	ン				糖	_	+	++	++	+
	赤血球			Na				尿	蛋白	-	+	++	++	+
	Hb			CI				検	潜血	-	+	++	++	+
ф	Ht			K				查	検査	∃				
液	血小板			総コレスラ	Fロ-/	L					4	年	月	日
検	総蛋白			トリグリセラ	ライド			_1	HCV		-		+	
查	アルブミン			血糖		HbA1c		感	HBs扮	凉	-		+	
	GOT			CRP				染	梅毒原	支応	-		+	
	GPT							症	MRSA		-		+	
	BUN			検査日	:	年 月	日	検						
胸部	レントゲン所			心電図所	·見			查	検査ほ	∃				
											4	年	月	日
								血圧			/	1		
											特記事	項		
	運動障害	無	有		身長		cm							
	知覚障害	無	有		体重	Ì	kg							
身	皮膚疾患	疥癬	無	有		湿疹	無	有			疑いを含 ご記入			部位·
体		褥瘡	無	有		その他	無	有					-	
状	精神障害	認知度		(正常	· I	· ∐a·	∐b ·∭a	· III	o · 1	7 - 1	M)			
況		問題行動		無	有	(徘徊	奇声 ・ 異	食・オ	穏 ·興	奮・多	i ·	昼夜逆	転・	譫妄)
	意思疎通	可	不可	具体	卜的 状	況								
備考	入浴	の可否および注	意事項	Į.										
	食事													