

# 利 用 申 込 書

令和 年 月 日

介護老人保健施設「プリエール」施設長 殿

利用者	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名		性 別	男 ・ 女			歳	
	住所	〒	電話番号					
			緊急連絡先					
介護度	・要支援（ 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					
			緊急連絡先					
勤務先								

入所

希望時期	令和 年 月 日から 日間希望	理由：
部 屋	<input type="checkbox"/> 個室(トイレなし) <input type="checkbox"/> 個室(トイレ付) <input type="checkbox"/> 特別室(トイレ・浴室付)	
退所の予定		

短期入所療養介護(ショートステイ)

希望時期	令和 年 月 日から 日間希望	理由：
部 屋	<input type="checkbox"/> 個室(トイレなし) <input type="checkbox"/> 個室(トイレ付) <input type="checkbox"/> 特別室(トイレ・浴室付)	

通所リハビリテーション(デイケア)

希望回数	週 回
希望曜日	<input type="checkbox"/> 月 ・ <input type="checkbox"/> 火 ・ <input type="checkbox"/> 水 ・ <input type="checkbox"/> 木 ・ <input type="checkbox"/> 金 ・ <input type="checkbox"/> 土
利用時間	<input type="checkbox"/> 4 ～ 6時間 <input type="checkbox"/> 6 ～ 8時間
来所手段	<input type="checkbox"/> ご家族の送迎 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 施設の送迎希望 <input type="checkbox"/> その他

<input type="checkbox"/> 主治医名 ・ 連絡先：	TEL
<input type="checkbox"/> ケアプランを依頼している居宅介護支援事業所：	
担当ケアマネジャー：	TEL

※ 利用目的をご記入ください。

# 利 用 調 査 票 (1)

記入日： 令和 年 月 日

利用者氏名

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

## ◎ 既往歴

\* 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 )

## ◎ 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

◎ 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  施設( 申込 未 ・ 済 )  未定  その他

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。

移動	・ 移動 ・ 介助方法	1. 車椅子 1.全介助	2. 歩行器・シルバーカー 2.一部介助	3. 杖 3.見守り	4.独歩 4.自立
排泄	・ 排泄方法 ・ 使用物品 ・ 尿意・便意 ・ 介助方法 ・ 排泄頻度	1.トイレ 1.リハビリパンツ 1.有 1.全介助 1日	2.ポータブルトイレ 2.パット 2.無 2.一部介助 回数	3.オムツ 3.紙オムツ ・ 排便 1.自然 3.見守り	4.バルーン 5.ストーマ 2.下剤 3.洗腸 4.自立
食事	・ 食事 ・ アレルギーはありますか？ ・ 義歯 ・ 食欲はありますか？ ・ 使用している道具 ・ 嗜好品はありますか？	1. 一人ができる 1. 無 1. 無 1. 無 箸	2. 時間がかかるができる 2. 有 ( ) 2. 有 (上 総義歯・部分 下 総義歯・部分) 2. 有 主食: 普通・軟飯・おにぎり・お粥・ミキサー 副食: 普通・一口大・刻み・ミキサー・とろみ スプーン	3. 一部介助 ) ) ・ 普通 ・ フォーク	4.全介助 ) ) ・ ミキサー ・ とろみ 自助具
入浴	・ 浴室 ・ 介助方法	1.一般浴 1.全介助	2.座浴 2.一部介助	3.機械浴 3.見守り	4.シャワー浴 4.自立
身体症状	・ 麻痺 ・ 視力 ・ 聴力 ・ 言語	1.右上肢 1 普通 1 普通 1 普通	2.左上肢 2 細かい字は見えない 2 大きい声で聞こえる 2 声が出にくい(構音障害)	3.右下肢 3 顔がわかる程度 3 耳元で大声で聞こえる 3 言葉が出にくい(失語症)	・ 利き手 1.右 2.左 4 ほとんど見えない 4 ほとんど聞こえない 4 会話できない
その他	・ 意欲 ・ 夜間 ・ 物忘れ ・ 問題行動	1 何事にもやる気がみられる 1.良眠 1.無 1 異常なし	2 相手やものによってかわる 2.不眠 2 あるが生活に支障がない 2 うつ状態	3 時間によってムラがある ・ 眠前薬 3 最近のことを忘れ生活に支障が出てきた 3 徘徊	4 ほとんどない 1.有 2.無 4 不潔行為 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

印

患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日( 歳)	
患者住所							
病 名							
現在までの経過および現在の治療状況					投薬内容		
血液検査	白血球	クレアチニン		糖	-	+ ++ +++	
	赤血球	Na		尿	蛋白	- + ++ +++	
	Hb	Cl		検	潜血	- + ++ +++	
	Ht	K		査	検査日		
	血小板	総コレステロール				年 月 日	
	総蛋白	トリグリセライド		感染症検査	HCV	- +	
	アルブミン	血糖	HbA1c		HBs抗原	- +	
	GOT	CRP			梅毒反応	- +	
	GPT	検査日 年 月 日			MRSA	- +	
	BUN			検査	検査日	年 月 日	
胸部レントゲン所見	心電図所見		血圧 /				
特記事項							
身体状況	運動障害	無	有	身長	cm		
	知覚障害	無	有	体重	kg		
	皮膚疾患	疥癬	無	有	湿疹	無	有
		褥瘡	無	有	その他	無	有
	精神障害	認知度	( 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M )				
	問題行動	無	有	( 徘徊・奇声・異食・不穏・興奮・妄想・昼夜逆転・譫妄 )			
意思疎通	可	不可	具体的状況				
備考	入浴の可否および注意事項 食事						