

# 提出書類のお願い



介護老人保健施設 小江戸の郷

この度、【小江戸の郷】へのお問い合わせをいただきありがとうございます。当施設のご利用に際しまして、下記の書類の提出をお願い致します。

施設長（判定会議）が書類を検討した上で、ご利用の可否についてお返事をさせていただきます。

## 記

1. 利用申込書
2. 健康診断書（当施設指定用紙）、検査データ（当施設指定用紙）
3. ADL調査票（当施設指定用紙）

※入院（入所）中の方は、入院（入所）先の看護師へ、在宅の方は居宅ケアマネージャーに依頼してください。

4. CT、レントゲン画像

※撮影画像がありましたら情報提供お願い致します

5. 介護保険被保険者証又は要介護認定結果の写し
6. 介護保険負担限度額認定証の写し
7. 介護保険負担割合証の写し
8. 医療保険証の写し

以上

ご不明な点がございましたら支援相談員までお問い合わせください。

Tel 049-229-5300（代）

# 利用申込書(入所)

(西暦)            年    月    日

申 込 者	氏名	本人 ・ 家族 (続柄:                    ) ・ その他 (                    )
	住所	
	連絡先	(                    )

利 用 者	ふりがな	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏名	女	年	月 日 歳
	住所 〒                    -			電話 (                    )

要介護状態区分	要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )
---------	---------------------------

連絡先 (緊急時)	氏名	続柄
	住所	
	電話 自宅 (                    )	勤務先等
	氏名	続柄
	住所	
	電話 自宅 (                    )	勤務先等

希望居室	4人部屋 ・ 2人部屋 ・ 個室 ・ ユニット
------	-------------------------

希望利用期間	3カ月 ・ 6カ月 ・ その他 (                    )
--------	--

居宅介護支援事業者名	.....
担当者名	..... 電話 (                    )

サービス利用	<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> ソートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> その他
--------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

## 入院・施設利用歴

病院・施設名	利用期間	病院・施設名	利用期間

◆本人の希望	◆本人の性格・趣味
--------	-----------

◆家族の意向
--------

◆退所後について 自宅に帰る ・ 他施設に入所 ・ その他 (                    )
---

□施設への希望
---------

# 健康診断書

(医療法人靖和会 介護老人保健施設 小江戸の郷)

(ふりがな) 氏 名	男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日 ( ) 歳
住所 〒		電話 ( )
病名		
経過		
既往歴	処方内容	

身長	cm	体重	kg	血圧	/ mmHg	脈拍	回/分	
検査所見 [検査日 年 月 日]				胸部レントゲン [撮影日 年 月 日]				
尿	蛋白	- ± +		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>[所見]</div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">異常あり・異常なし</p>				
	糖	- ± +						
	潜血	- ± +						
感 染 症	HBs	抗原精密	- +					
	HCV	抗 体	- +					
	疥癬	- +						
	MRSA	- + 部位 ( )						
皮膚疾患 (含褥瘡)	無 ・ 有 部位 ( )			結核既往	無 ・ 有 (いつ頃 )			
アレルギー (食物・薬)	無 ・ 有 ( )			視力障害	無 ・ 有 ( )			
麻 痺	無 ・ 有 ( )			聴力障害	無 ・ 有 ( )			
拘 縮	無 ・ 有 ( )			言語障害	無 ・ 有 ( )			
特記事項								

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

# 検査データ

当施設の御利用希望者様の受け入れに際し、下記の検査データをお知らせ下さいますようお願い致します。

採血年月日                      年    月    日

検査項目	測定値	
肝疾患	AST	(                      ) U/l
	ALT	(                      ) U/l
	LD	(                      ) U/l
	γ-GTP	(                      ) U/l
	総ビリルビン	(                      ) mg/dl
腎疾患	尿素窒素	(                      ) mg/dl
	クレアチニン	(                      ) mg/dl
	尿酸	(                      ) mg/dl
	Na	(                      ) mEq/l
	K	(                      ) mEq/l
血中脂質	総コレステロール	(                      ) mg/dl
	中性脂肪	(                      ) mg/dl
	HDL-C	(                      ) mg/dl
	LDL-C	(                      ) mg/dl
貧血	赤血球数	(                      ) 万/ $\mu$ l
	血色素量	(                      ) g/dl
	ヘマトリック値	(                      ) %
	MCV	(                      ) fl
	血小板数	(                      ) 万/ $\mu$ l
感染症後	CRP	(                      ) mg/dl
	白血球数	(                      ) 千/ $\mu$ l
糖尿病	血糖 (空腹時)	(                      ) mg/dl
	ヘモグロビン A1c	(                      ) %
栄養状態	総蛋白	(                      ) g/dl
	アルブミン	(                      ) g/dl

「ワーファリン」を使用されている場合、以下の検査結果を記入してください。

トロンボテスト	(                      ) %
プロトロンビン INR 値	(                      )

- \*疾患に基づく検査データがありましたら添付してください
- \*血液検査項目について漏れがないよう記入してください。
- \*過去の検査データもございましたらコピーで結構ですでお知らせください。



治療食	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 水分制限あり (   ml/日) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (   ) ( 塩分   g 、 カロリー   kcal、 たんぱく   g) <input type="checkbox"/> その他			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   ◆トロミ (有・無)   ◆食べこぼし (有・無)	食事時間	分	
排泄 (昼)	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 誘導すれば出来る <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 補助具 (   )			
	<input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取パッド <input type="checkbox"/> 布パンツ   昼排尿回数 サイズ (   )   サイズ (   )   枚数 (   枚/日)   (   回/日) 枚数 (   枚/日)   枚数 (   枚/日)			
排泄 (夜)	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 誘導すれば出来る <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 補助具 (   )			
	<input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取パッド <input type="checkbox"/> 布パンツ   夜排尿回数 サイズ (   )   サイズ (   )   枚数 (   枚/日)   (   回/日) 枚数 (   枚/日)   枚数 (   枚/日)			
失禁	<input type="checkbox"/> 尿失禁 (度々・時々・無) <input type="checkbox"/> 便失禁 (度々・時々・無) <input type="checkbox"/> 尿意 (有・時々・無) <input type="checkbox"/> 便意 (有・時々・無)			
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入れる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> その他			
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 一人で出来る <input type="checkbox"/> 声掛けで出来る <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助			
整容	介助が・・・①洗顔 (要・不) ②入歯着脱 (要・不) ③手洗 (要・不) ④整髪 (要・不) ⑤髭そり (要・不)			

**精神の状況・認知症症状**

性格	<input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 我慢強い <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固						
	<input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> その他						
理解力	<input type="checkbox"/> 物忘れ (時々・頻繁) がある <input type="checkbox"/> 日課の理解が困難 <input type="checkbox"/> 注意散漫である						
	<input type="checkbox"/> 直前の記憶を忘れる <input type="checkbox"/> 季節が答えられない <input type="checkbox"/> 場所の理解が困難						
	<input type="checkbox"/> 名前を答えられない <input type="checkbox"/> 年齢を答えられない <input type="checkbox"/> 周囲に対して無関心 (時々・頻繁) である						
行動	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 作話がある <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 誤認行為						
	<input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> 収集癖						
	<input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 放尿・排便 <input type="checkbox"/> 一人で部屋に戻れない						
	<input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 (   )						
介護拒否	◆食事 (有・無)   ◆排泄 (有・無)   ◆入浴 (有・無)   ◆薬 (有・無) <input type="checkbox"/> その他						
ナースコール	<input type="checkbox"/> 使用できる <input type="checkbox"/> 使用できない	押した後	<input type="checkbox"/> 待てる <input type="checkbox"/> 待てない				
転倒リスク	ふらつき <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	安全ベルト	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	4点柵	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	体幹ベルト	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	センサーマット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	転倒歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有①	年 月 日 ②	年 月 日 ③	年 月 日	
その他							