

ケアセンター南大井 利用申し込み書

【ダウンロード版】

【記入日： 年 月 日 / 記入者名： 】

フリガナ 氏名		性別	男	女	生年 月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所	〒				電話	()

介護 保険	被保険者番号									認定年月日	年 月 日		
	要介護 認定状況	要介護度	☐ 要介護1		☐ 要介護2		☐ 要介護3		☐ 要介護4		☐ 要介護5		☐ 申請中
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
		居宅介護支援事業所（在宅介護支援センター）								担当ケアマネ			
健康 保険	保険種類	☐ 後期高齢者医療 ☐ その他 ()					保険証番号						
	被保険者（世帯主）名						被保険者（世帯主）との続柄						
身体障害者手帳		☐ 有 (種 級) ☐ 無											

希望月	年 月 ~ 年 月	部屋希望	☐ 4人部屋	☐ 2人部屋	☐ 個室
※ご希望に添えない場合もあります					
現在の生活場所	☐ 在宅 (一人暮らし ・ 家族と同居)		☐ 入院中 (病院名)		
	☐ 老健 ()		☐ その他 ()		
退所後の方針	☐ 自宅に帰る ☐ 施設 ☐ 未定 (理由：)				

	ご家族	ご本人
入所目的		
リハビリへの希望		
食事についての希望		

緊急連絡先

	氏名	続柄	年齢	住所	電話	*当会記入欄
①						
②						

住居環境

住宅形態：	☐ 戸建て	☐ 集合 ()階建て	居住階 ()階	☐ EVあり	☐ 持ち家	☐ 賃貸
玄関：	段差 (☐ 有 ☐ 無)		階段の使用 (☐ 有 ☐ 無)			
居室：	☐ 畳	☐ じゅうたん	☐ フローリング	☐ その他 () 段差 (☐ 有 ☐ 無)		
トイレ：	☐ 和式	☐ 洋式	☐ ポータブルトイレ	段差 (☐ 有 ☐ 無)		
浴室：	☐ 据置	☐ 埋込	☐ ユニット	段差 (☐ 有 ☐ 無)	就寝関連：	☐ 布団 ☐ ベッド (☐ 普通 ☐ 介護用)

在宅での 主治医	病院 医師 次回の受診予約日 年 月 日					
定期受診の 必要性	☐ ある ☐ ない	◆受診の目的・内容・頻度をご記入ください				

情報提供書

【ダウンロード版】

記入者名：

続柄又は所属

()

記入月日：令和 年 月 日

利用者氏名：

様

※受け入れの際の資料とさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。

自立・介助 の状況 項目		現在の状況 ※該当にレ印を					備考 (介助内容など)	
		自立	見守り	一部介助	全介助	行わず		
日常生活・社会活動	トイレへの移動							
	階段昇降							
	屋内移動							
	屋外移動							
	食事	摂食						食欲 あり・なし
		嚥下						
	整容							
	更衣							
	入浴							
	コミュニケーション							
家事								
外出								
起居動作	寝返り							
	起きあがり							
	座位							
	立ち上がり							
	移乗							
	立位							
	歩行							

食事の状況について	
◆摂食状況 ⇒ 摂食量(直近2週間の平均)：	割/ 摂食時間： 分
◆摂食時の用具 はし・スプーン・フォーク 自助具・エプロン	
◆食事形態 主食 (g) ⇒ 米飯・軟飯・かゆ・パン その他 () 副食 ⇒ 常菜・一口大・軟菜・マッシュ・ミキサー ムース・その他 ()	総kcal
kcal 牛乳 ⇒ 飲める [ヨーグルト・チーズ] 飲めない⇒ [Caジュース・Caゼリー]	
学会分類2013 1j 2-1 2-2 3 4	
◆栄養補助剤 なし・あり⇒品名： 頻度：	
◆食事制限 なし・あり 主治医の指示：	
◆禁忌：	理由 ◆嫌いな物：
◆嚥下困難 なし・あり⇒トロミ (なし・あり) 学会分類2013 (トロミ) 段階1 (薄いトロミ) 段階2 (中間のトロミ) 段階3 (濃いトロミ)	
◆義歯 なし・あり⇒総入れ歯 (上・下)・部分入れ歯 (上・下) 自歯 なし・あり⇒本数： 本	
◆特記	

排泄の状況について	
日中	場所 トイレ ポータブル 尿器 おむつ
	下着 布パンツ リハビリパンツ 尿取りパット おむつ
	失禁 有 (尿・便) 時々 なし
	排泄状況 自立 見守り 一部介助 全介助
※排泄の注意点など	
夜間	場所 トイレ ポータブル 尿器 おむつ
	下着 布パンツ リハビリパンツ 尿取りパット おむつ
	失禁 有 (尿・便) 時々 なし
	排泄状況 自立 見守り 一部介助 全介助
※排泄の注意点など	
排尿回数	日中 (回) ・ 夜間 (回)

認知障害について	
□ある (□軽度 □中度 □重度) □ない □わからない	
□食事した事を数分後に忘れる	□同じ話を繰り返す □周囲が迷惑するような性的行動がある
□夜間の不眠、あるいは昼夜の逆転がある	□実際に無いものが見えたり聞こえたりする
□介護に抵抗する事がある	□感情が不安定になる □暴言や暴力を振るう事がある
□トイレ以外で排泄する事がある	□自分の名前が言えない □物を集めたり無断で持ってくる
□物を盗られた等と被害的になる事がある	□歩き回ったり外へ出たがる
□食べられない物を口に入れる	□その他 ()
身体拘束 あり・なし	安全ベルト・胴抑制・四点柵・カットテーブル・つなぎ ミトン・センサーマット・その他 ()
理由	

身体状況	
平均的な血圧 / mmHg (□安定 □不安定)	脈拍 () 回/分 体温 () ℃
身長 () cm	体重 () kg 最近の体重の変化 (□増加 ・ □減少)
◆白癬・湿疹等 (□有 □無) 床ずれ (□有 □無) 部位 () 大きさ ()	
◆転倒・転落の危険性 (□有 □無) ◆ナースコールへの理解 (□有 □無) ◆コールマットセンサーの必要性 (□有 □無)	
医療処置	□経管栄養・鼻腔栄養・胃瘻 (交換：月 回) □バルンカテーテル (交換：月 回) □人工肛門 □酸素使用 (日) □ペースメーカー (最終 年 月 日 交換) □気管切開 □人工透析 (週 回) □シャント (水頭症) (最終 年 月 日 交換) □インスリン注射 (1日 回)

介護老人保健施設 ケアセンター南大井

老健施設利用のための医療情報提供書

介護老人保健施設 ケアセンター南大井
〒140-0013 品川区南大井5丁目19-1
TEL: 03-5753-3901
施設医師 尾辻 瑞人 宛

令和 年 月 日
紹介元：医療機関の名称・所在地・電話番号

(担当科)		医師:		印
利用 者	フリガナ 氏名	男・女	MTSH 年 月 日生(歳)	
結核既往: 無・有 (歳) 伝染性疾患() 薬剤等アレルギー: 無・有()				
医療処置: ☐ インスリン注射 ☐ 胃ろう ☐ ストーマ ☐ 酸素 ☐ 褥創				
☐ ペースメーカー ☐ 尿留置カテ				
ADL自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
認知自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 認知症評価: HDS-R MMSE				
麻痺: 無・有 () 拘縮: 無・有 () 関節痛: 無・有 ()				
機能障害: 言語() 視覚() 記憶() 注意() 遂行() 行動()				

	疾患名	発症年月	診療機関名
現主疾患			
既往疾患			
病状経過 検査結果 治療経過			
処方内容			

検査所見 (年 月 日施行) * 3ヶ月以内の値をご記入ください				
T-P	GOT	Hct	CRP	胸部X-P 所見(年 月)
ALB	GPT	PLT	Na	
TC	γ-GTP	BUN	K	
TG	WBC	Cre	Cl	心電図 所見(年 月)
LDL	RBC	Glu	HBs抗原 - ± +	
HDL	Hb	HbA1C	HCV抗体 - ± +	
その他 :				

検査所見について、空欄がないようにご記入ください 【ダウンロード版】