

(様式1)

年 月 日

利用申込書

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
介護老人保健施設かがやき 施設長 様

申込者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____
続柄 _____

次のとおり、介護老人保健施設かがやきが提供するサービスの利用を申し込みます。

利 用 者	フリガナ
氏 名	(男・女)
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	〒
希 望 す る 利 用 内 容	1. 施設入所 2. 短期入所 3. 通所リハビリテーション 4. 介護予防短期入所 5. 介護予防通所リハビリテーション [特別療養室(個室)の希望 あり・なし]
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
希 望 す る 理 由

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介元

所在地
名称

TEL
医師

印

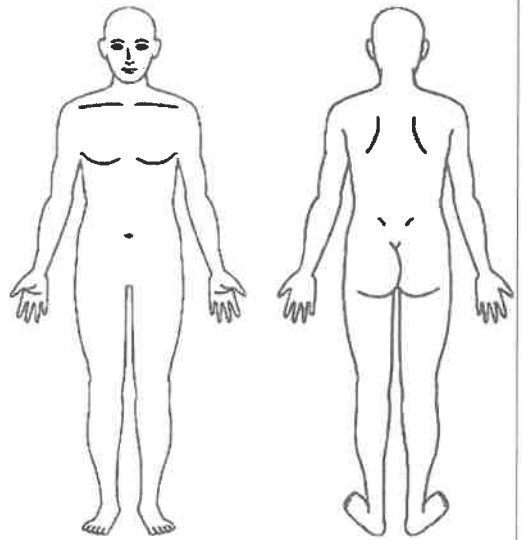
氏名 様 (男・女) M・T・S 年 月 日生 歳

傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)

既往歴とその発症年月

症状経過、検査結果及び治療経過

麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を
記入して下さい



現在の処方

禁忌薬剤 ()

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

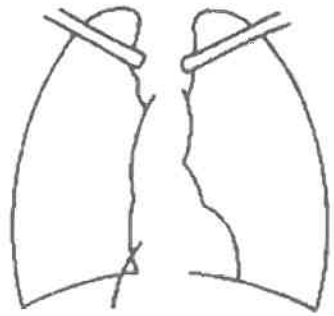
認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)

備考

裏面あり

診療情報提供書

検査所見 (年 月 日)																																																															
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%;">白血球数</td><td style="width: 10%;">()</td><td style="width: 10%;">×10³/mm³</td></tr> <tr><td>赤血球数</td><td>()</td><td>×10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>血色素量</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>ヘマトクリット</td><td>()</td><td>%</td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>()</td><td>×10⁴/mm³</td></tr> <tr><td>AST</td><td>()</td><td>μ/l</td></tr> <tr><td>ALT</td><td>()</td><td>μ/l</td></tr> <tr><td>尿素窒素</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>クレアチニン</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>ナトリウム</td><td>()</td><td>mEq/l</td></tr> <tr><td>カリウム</td><td>()</td><td>mEq/l</td></tr> <tr><td>カルシウム</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>血清蛋白</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>()</td><td>g/dl</td></tr> <tr><td>CRP</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>血糖値</td><td>()</td><td>mg/dl</td></tr> <tr><td>HbA1c</td><td>()</td><td>%</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">※HbA1cは糖尿病の方のみ</td></tr> </table>	白血球数	()	×10 ³ /mm ³	赤血球数	()	×10 ⁴ /mm ³	血色素量	()	g/dl	ヘマトクリット	()	%	血小板数	()	×10 ⁴ /mm ³	AST	()	μ/l	ALT	()	μ/l	尿素窒素	()	mg/dl	クレアチニン	()	mg/dl	ナトリウム	()	mEq/l	カリウム	()	mEq/l	カルシウム	()	mg/dl	血清蛋白	()	g/dl	血清アルブミン	()	g/dl	CRP	()	mg/dl	血糖値	()	mg/dl	HbA1c	()	%	※HbA1cは糖尿病の方のみ			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black;">血圧</td><td style="width: 80%;">(/)</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black;">尿</td><td> 蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++) </td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black;">感染症</td><td> HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) (検出部位) </td></tr> <tr><td style="border-right: 1px dashed black;">皮膚疾患</td><td> 無 ・ 有 疥癬 (部位) 褥瘡 (部位) その他 () (部位) </td></tr> </table>	血圧	(/)	尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)	感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) (検出部位)	皮膚疾患	無 ・ 有 疥癬 (部位) 褥瘡 (部位) その他 () (部位)
白血球数	()	×10 ³ /mm ³																																																													
赤血球数	()	×10 ⁴ /mm ³																																																													
血色素量	()	g/dl																																																													
ヘマトクリット	()	%																																																													
血小板数	()	×10 ⁴ /mm ³																																																													
AST	()	μ/l																																																													
ALT	()	μ/l																																																													
尿素窒素	()	mg/dl																																																													
クレアチニン	()	mg/dl																																																													
ナトリウム	()	mEq/l																																																													
カリウム	()	mEq/l																																																													
カルシウム	()	mg/dl																																																													
血清蛋白	()	g/dl																																																													
血清アルブミン	()	g/dl																																																													
CRP	()	mg/dl																																																													
血糖値	()	mg/dl																																																													
HbA1c	()	%																																																													
※HbA1cは糖尿病の方のみ																																																															
血圧	(/)																																																														
尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++) 潜血 (- ± + ++ +++)																																																														
感染症	HBs抗原 (陰性 ・ 陽性) TPHA (陰性 ・ 陽性) HCV抗体 (陰性 ・ 陽性) MRSA (陰性 ・ 陽性) (検出部位)																																																														
皮膚疾患	無 ・ 有 疥癬 (部位) 褥瘡 (部位) その他 () (部位)																																																														
胸部X線所見 (撮影 年 月 日)	できるだけ写真を添付して下さい <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>																																																														
心電図所見 (年 月 日)																																																															

検査データがある場合は、コピーを添付して下さい。

検査データは、なるべく直近3ヶ月以内のものをお願いします。

《日常生活動作状況票》

記入日 年 月 日

利用者様ご氏名 様 (男・女)

身長 cm 体重 kg (測定日 年 月 日) 介護度= 寝たきり度= 認知症自立度= 記入者 様 (職種又は続柄)

		当てはまるものを○で囲んでください。	備考
基本的動作	移動 (移動手段)	自立 見守り 一部介助 全介助 独歩 杖 歩行器 車椅子(自操・介助) リクライニング つたい歩き 手押し車	
	乗り移り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	寝返り	自立 見守り 一部介助 全介助	
	起き上がり	自立 見守り 一部介助 全介助	
	座位保持	自立 時々姿勢不良 不可	
	立位保持	自立 見守り 一部介助 全介助 つかまり立ち (可・不可)	最終転倒転落日
	転倒	なし 時々 頻回 要見守り 転倒予防策 ()	年 月 日
	転落	なし 時々 頻回 要見守り 転落予防策 ()	年 月 日
	食事	自立 見守り 一部介助 全介助 胃ろう 嚥下困難 (無・有) とろみ (無・有) 義歯 (無・有 上下)	
入浴	種類	シャワー浴 リフト浴 寝浴 家庭浴 (跨いで入る一般浴槽)	拒否 (無・有)
	浴槽内移動 洗体	自立 見守り 手引き シャワーチェア 自立 見守り 一部介助 全介助	
排泄	トイレ動作	自立 見守り 一部介助 全介助 留置カテーテル 人工肛門	
	尿意	有・無 (常時失禁・時々失禁・トイレに間に合わない)	
	便意、排便 (日中) (夜間)	有・無 毎日有り 1週間に () 回くらい 下剤 (使用・不使用) トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ トイレ ポータブル 尿器 リハビリパンツ オムツ パット 布パンツ	夜間トイレ回数 回数 ()
更衣	上半身	自立 見守り 一部介助 全介助	
	下半身	自立 見守り 一部介助 全介助	
整容	歯みがき	自立 見守り 一部介助 全介助 義歯洗浄 (可・不可)	
	洗面	自立 見守り 一部介助 全介助	
意思の疎通	視力	普通 見えにくい (右・左) 全く見えない (右・左) 眼鏡 (無・有)	
	聴力	普通 聞こえにくい (右・左) 全く聞こえない (右・左) 補聴器 (無・有)	
	意思の表出	問題なし やや困難 困難 ナースコールの使用 (可・不可)	
	理解力	問題なし やや困難 困難	
	言語障害	無・有	
心身の状態	無気力 感情の起伏が激しい 物忘れがある (季節・人の顔・場所・日時)		対応策
	物が無くなったと言う 徘徊 収集癖 脱衣 幻覚 妄想 せん妄 帰宅願望 介護抵抗 不穏 異食行為 大声 暴力 不潔行為 夜間の興奮 その他 ()		
睡眠	良眠 時々不眠 不眠 昼夜逆転 その他 ()		
服薬	服薬管理 (施設で管理必要・自己管理が可能)		
	内服 (自己にて飲める・手渡しにて声かけ必要・介助必要) 点眼薬 (無・有) 外用薬 (無・有)		
皮膚疾患	無・有 (疾患又は状態)		
本人の趣味・習慣		飲酒 (無・有) 喫煙 (無・有)	
本人の性格・生活歴 (出身・職歴など)			
その他、ご要望、ご心配なことがありましたらご記入ください。			

お食事についての調査票

記入日 年 月 日
ご記入者

身長()cm 体重()kg

(職種又は続柄:)

1.主食について 今現在、召し上がっていらっしゃるものに をお付け下さい。

- 米飯 おにぎり 全粥 パン
 粥ゼリー (口の中で少し潰して飲み込める 嚥下調整食1j)
 その他 ()

2.副食について 今現在、召し上がっていらっしゃるもの(大きさ)に をお付け下さい。

- 普通
 一口大 (2~3cm程度の大きさ)
 軟菜 (普通のお食事の柔らかさに配慮したもの)
 きざみ (歯茎でつぶせる 嚥下調整食4)
 やわらか (舌でつぶせる 嚥下調整食3)
 その他 ()

3.朝食について 当施設では粥(雑炊)または、パンがほぼ交互に出ます。

パンの日には牛乳もしくはジュースがでます。ご希望のものに をお付け下さい。

- 特に指定なし (献立通りの提供)
 毎朝パン
 毎朝粥 (雑炊)
 牛乳が飲めない (牛乳の日はジュースがでます)
 牛乳もジュースも飲めない (牛乳の日は要相談)
 その他 ()

4.栄養価について 現在提供されているお食事の栄養価をわかる範囲でご記入下さい。

エネルギー()kcal たんぱく質()g 塩分()g

5.義歯について

- 義歯あり→< 総義歯・一部義歯・使用していない >
 義歯なし→< 自分の歯・歯茎のみ >

6.その他

- ・食物アレルギー なし あり(食品名)
・嫌い(苦手)な食品 なし あり(食品名)
・トロミ つけていない つけている(汁物 お茶 どちらにも)
 つけている場合 とろみの濃度(薄い 中間 濃い ゼリー)
・食事摂取量 : 主食量の()割 副食量の()割
・食事所要時間 : 約 ()分
・食思(食欲) : 良好・低下・ムラあり・不明
・食事の時に(スプーン 大・小 フォーク 大・小 自助皿 自助スプーン)が必要
・経管栄養剤を注入されておられる方
①注入している栄養剤 ()
②投与エネルギー 朝()kcal 昼()kcal 夕()kcal
③白湯 朝()ml 昼()ml 夕()ml
④接続チューブ→ (チューブ型・ホッタン型ストレート型・ホッタン型L字型)

7.食事について何か配慮することやエピソード等ございましたら、ご記入下さい。

※ご記入頂く際に、何かわかりづらいことがありましたら管理栄養士:黒田までご連絡下さい。

コードは嚥下調整食分類2021に基づいています。

介護老人保健施設 かがやき