

申請日 年 月 日

介護老人保健施設 さくら

利用申請書

【 長期入所 短期入所 通所 】

紹介者

(ふりがな)			男・女	生年月日・年齢	
利用者の氏名				明治 (歳)	
				大正	
				昭和 年 月 日	
利用者の住所	〒 (電話 - -)				
(ふりがな)			利用者との続柄		
申請者の氏名					
申請者の住所	〒 -				
利用の理由	1. 退院後の生活リハビリ 2. 介護者の休養 3. 自宅の改造改築 4. 生活の活性化 5. その他()				
利用の希望	1. 通所リハビリ:週 回 / 入浴(有・無) / 送迎(有・無) 2. 短期入所(ショート): 年 月 日 ~ 年 月 日 3. 長期入所:1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月・その他				
現在の状況	1. 居宅 2. 入院中 () 3. 施設入所中 ()				
現在利用している福祉サービス	1. ホームヘルパー 2. デイサービス 3. デイケア 4. ショートステイ 5. 入浴サービス 6. 給食サービス 7. 訪問看護 8. その他				
介護保険	要介護区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定の有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
介護保険負担限度額認定証	有 ・ 無		生活保護受給	有 ・ 無	
医療保険	後期高齢者医療被保険者証		保険者番号	被保険者番号	
お持ちの物に○を付けて下さい	国保(本・家) 社保(本・家)		保険者番号	記号・番号	
	国民健康保険高齢受給者証				
身体障害者手帳	都道府県 第 号 / 種 級 取得年月日: 年 月 日 傷病名:				

家族の状況	1. 同居者あり (本人含む 人家族)		2. 1人暮らし (近所に身内が いる・いない)			
家族構成 ※別世帯でも介護に携わっている方をご記入下さい	(ふりがな) 氏名	続柄	年齢	住所		電話
緊急連絡先1	(ふりがな)			続柄	電話	自宅 - -
	氏名					携帯 - -
	住所	〒 - -				(名称:)
緊急連絡先2	(ふりがな)			続柄	電話	自宅 - -
	氏名					携帯 - -
	住所	〒 - -				(名称:)
介護老人保健施設を利用するにあつたての要望事項						
今困っていること						
本人の希望						
家族の希望・ 介護方法の注意点						
本人の性格・趣味						
退所後について	1. 自宅 : 自宅に帰るまでに必要なこと・心配なこと () 2. 介護老人福祉施設入所 () 3. その他 ()					
請求書の送付先	1. 申請者 () 2. その他 : 氏名 () 住所 ()					

平成 年 月 日

介護老人保健施設療養情報提供書

介護老人保健施設 さくら 殿

保険医療機関名
所在地 番号
電話 番氏
医 師 氏 名

印

患者氏名 様 (男 ・ 女)
生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生 () 歳

< 紹介目的他 >				
<input type="checkbox"/> リハビリテーション (<input type="checkbox"/> 医療的訓練 <input type="checkbox"/> 生活リハビリ)	<input type="checkbox"/> 生活の活性化		<input type="checkbox"/> 入所 (15日 ~ 約6ヶ月間程度)	
<input type="checkbox"/> 家族への介護支援	<input type="checkbox"/> ショートステイ (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 医療ケア【具体的に】)			
<input type="checkbox"/> デイケア	(<input type="checkbox"/> 要送迎 <input type="checkbox"/> 入浴希望)			
< 日常生活の活動の状況 >				
食 事	自立	一部介助	半介助	全介助
歩 行	自立	一部介助	半介助	全介助
排 泄	自立	一部介助	半介助	全介助
更 衣	自立	一部介助	半介助	全介助
入 浴	自立	一部介助	半介助	全介助
聴 力	普通	やや難聴	難 聴	
視 力	普通	弱視	全 盲	
意志伝達	日常生活に支障が 無 ・ 有 (軽度 ・ 中等度 ・ 高度 ・ 非常に高度)			
< 寝たきり度 >				
J : 一部自立	A : 準寝たきり	B : 寝たきり	C : 寝たきり	
< 痴呆の程度 >				
1. 無し	2. 軽度	3. 中等度	4. 高度	5. 非常に高度
< 診断名 >				
①				⑤
②				⑥
③				⑦
④				⑧
< 既往歴 >				
アレルギー歴 (有 ・ 無) (薬物) (その他)				

<現病歴・治療経過>

<胸部エックス線検査>

直接 / 間接

No. _____

撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日



<心電図所見>

<投薬内容>

<検査所見> ※血算・生化学・血清など検査結果報告の写しを添付して頂いても構いません

血液検査 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

白血球数		血小板数		γ-GTP	
赤血球数		GOT		BUN	
Hb		GPT		クレアチニン	
Ht		ALP		アルブミン	

<伝染性疾患>

梅毒反応	1. 陰性	2. 陽性
HBS抗原	1. 陰性	2. 陽性
HCV抗体	1. 陰性	2. 陽性
検便(赤痢菌)	1. 陰性	2. 陽性
皮膚疾患	1. 無	2. 有 (病名: _____)
疥癬	1. 無	2. 有
MRSA	1. 陰性	2. 陽性 (部位: _____)

<備考>