

施設利用申込書

(入所 ・ 短期入所 ・ 通所 ・ 介護予防短期入所 ・ 介護予防通所)

介護老人保健施設 榮寿苑 を利用したいので申し込みます。

(ふりがな) 利用希望者 氏 名	(性別 男・女)
生年月日	(大正・昭和) 年 月 日 (歳)
現 住 所	
要介護度	要支援 1 要支援 2 要介護度 1 2 3 4 5
介護保険番号	
現在の状況	在 宅 入 院 中 (病院名 :) 施設利用中 (施設名 :)
居宅ケアマネージャー	事業所 氏名 電話番号

介護老人保健施設 榮寿苑

理事長 土橋 和夫 様

令和 年 月 日

申込者 (身元引受人) 氏名 (続柄)	⑩ (続柄)
住 所	
生年月日	(T・S・H) 年 月 日 (歳)
電話番号	()

※ これは施設利用申し込みの意思を確認するものですので、これによって契約が交わされるとか、料金が発生することはありません。

令和 年 月 日

現病歴・既往歴

氏 名

現在の病名	
現在利用している病院名	

上記のほかに今まで、入院したり、大きな病気をしたことがありますか。 1. あり 2. なし
「2. あり」と、答えた方ご記入をお願いします。

いつ頃(何才頃)	病名・ケガ名	病院名	入院期間

家族構成をお書きください。(同居している家族全員)

氏 名	続 柄	年 齢	勤 務 先(学校)	携 帯 番 号
				()
				()
				()
				()
				()

同居していない、本人の親、兄弟、子供について
お書きください。

氏 名	続 柄	年 齢	住 所	電 話 番 号

榮寿苑入所概況調査

記入年月日 令和 年 月 日

氏名		生年月日 T・S	年	月	日()才	男・女
----	--	----------	---	---	-------	-----

麻痺等について、あてはまる番号に○印お書きください。(複数回答可)

1.ない	2.左上肢	3.右上肢	4.左下肢	5.右下肢	6.その他
------	-------	-------	-------	-------	-------

寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1.つかまらないでできる	2.なにかにつかまればできる	3.できない
--------------	----------------	--------

起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1.つかまらないでできる	2.なにかにつかまればできる	3.できない
--------------	----------------	--------

歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1.つかまらないでできる	2.なにかにつかまればできる	3.できない
--------------	----------------	--------

立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1.つかまらないでできる	2.なにかにつかまればできる	3.できない
--------------	----------------	--------

じょくそう(床ずれ)等について、あてはまる番号に○印をつけてください。

ア. じょくそう(床ずれ)がありますか	1.ない	2.ある
イ. じょくそう(床ずれ)以外に処置や手入れが必要な皮膚疾患がありますか	1.ない	2.ある

嚥下(飲み込み等)について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1.できる	2.見守り(介護側の指示を含む)	3.できない
-------	------------------	--------

尿意・便意は、ありますか。一つだけ○印をつけてください。

ア. 尿意	1.ある	2.ときどきある	3.ない
イ. 便意	1.ある	2.ときどきある	3.ない

食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1.自立	2.見守り(介護側の指示を含む)	3.一部介助	4.全介助
------	------------------	--------	-------

清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

	1.自立	2.一部介助	3.全介助
ア. 口腔清潔(ハミガキ等)	1	2	3
イ. 洗顔	1	2	3

衣類の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

	1.自立	2.見守り	3.一部介助	4.全介助
ア. ボタンのかけはずし	1	2	3	4
イ. 上着の着脱	1	2	3	4
ウ. ズボン、パンツの着脱	1	2	3	4
エ. 靴下の着脱	1	2	3	4

視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1.普通(日常生活に支障がない)
2.約1m離れた所から、手の指の本数が言える
3.目の前に置いた、手の指の本数が言える
4.ほとんど見えない
5.見えているのか判断不能

聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印つけてください。

1.普通
2.普通の声がやっと聞き取れる、聴き取りが悪いため聴き間違えたりすることがある
3.かなり大きな声なら何とか聴き取れる
4.ほとんど聴こえない
5.聴こえているのか判断不能

意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

1.調査対象者が意思を他者に伝達できる
2.ときどき伝達できる
3.ほとんど伝達できない
4.できない

介護側の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

1.介護側の指示が通じる	2.介護側の指示がときどき通じる	3.介護側の指示が通じない
--------------	------------------	---------------

理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

ア. 毎日の日課を理解することが	1.できる	2.できない
イ. 生年月日や年齢を答えることが	1.できる	2.できない
ウ. 自分の名前を答えることが	1.できる	2.できない
エ. 今の季節を理解することが	1.できる	2.できない

オ. 自分のいる場所を答えることが	1.できる	2.できない
-------------------	-------	--------

行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

ア. 物を盗られたなどと被害的になることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
イ. 作り話をし周囲に言いふらすことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ウ. 実際にはないものが見えたり、聞こえることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	1.ない	2.ときどきある	3.ある
カ. 暴言や暴行が	1.ない	2.ときどきある	3.ある
キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ク. 大声を出すことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ケ. 助言や介護に抵抗することが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
コ. 目的もなく動き回ることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
サ. 「家に帰る」等と言い、落ち着きがないことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
シ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなるのが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ス. 一人で外に出たがり目が離せないことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
セ. いろいろなものを集めたり、無断で持ってくるのが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ソ. 火の始末や火元の管理ができないことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
タ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
チ. 不潔な行為を行うことが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
ツ. 食べられないものを口に入れることが	1.ない	2.ときどきある	3.ある
テ. 周囲が迷惑している性的行動が	1.ない	2.ときどきある	3.ある

* その他、気づいた点がありましたらお書きください。 *

嗜 好 調 査 票

調査日 令和 年 月 日

今後の献立の参考にしたいと思っておりますので、御協力をお願いします。

(尚、食事は病気、その他の理由により塩分、カロリー等が調整されることがあります。)

入所者名	生年月日 大・昭 年 月 日
入所日 令和 年 月 日	出身地 県 市町村
現在の病名	病 歴
主 食	
イ. ご飯・お粥のどちらを食べていますか。	ご 飯 お 粥
ロ. ご飯はどのような固さが好きですか。	固 め 普 通 柔らかめ
ハ. どのくらいの量を食べていますか。	多 め 普 通 少なめ
味噌汁	
イ. 好きですか。	好 き 普 通 薄 め
ロ. どのくらいの味付けが好きですか。	濃 いめ 普 通 薄 め
おかず	
イ. どのくらいの味付けが好きですか。	濃 いめ 普 通 薄 め
魚料理	
イ. 嫌いなものはありますか。	な い あ る ()
肉料理	
イ. 嫌いなものはありますか。	な い あ る ()
卵料理	
イ. 嫌いなものはありますか。	な い あ る ()
乳製品	
イ. 嫌いなものはありますか。	な い あ る (牛乳・ヨーグルト・バター・その他)
麺 類	
イ. 嫌いなものはありますか。	な い あ る (そば・うどん・ラーメン・その他)
パン類	
イ. 好きですか。	好 き 普 通 嫌 い
食物アレルギー	
イ. 食物アレルギーはありますか。	な い あ る (卵・牛乳・青魚・そば・その他)
好 物	
イ. 好きなおかずを3つあげてください。	1. 2. 3.
その他 ご意見、ご要望がありましたらお書きください。	

* 御協力ありがとうございました。

介護老人保健施設 榮寿苑

ご利用の皆様へ

入苑時に準備してください

持ち物すべてに入苑前
名前を記入してください

※タオル類、靴下、ハンカチに至るまで細かな物にも名前を付けてください。

※名前が付いていない物は、本人に返らないことがありますので、気を付けてください。

・季節に応じての衣替え等については、担当職員から連絡が入ることがあります。

・冬期間は全館床暖房で終日20℃前後に保たれますので、厚着の必要はありません。

苑内での金銭の取扱いは「立替制」になっております。ジュース購入などで立替金が発生した際は毎月末に清算して、利用料金と一緒に請求致します。

どうしても現金を所持したい場合は1,000円程度に留めてください。

各種保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証（所有者のみ） <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（所有者のみ） <input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証（所有者のみ） <input type="checkbox"/> その他受給者証
病院受診関連	<input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 予約票 <input type="checkbox"/> 現在服用中のお薬はすべてお持ちください
バスタオル	<input type="checkbox"/> 5枚
フェイスタオル	<input type="checkbox"/> 3枚
タオルケット	<input type="checkbox"/> 2枚
洗面用具	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 洗面器（必要な方）
マグカップ	<input type="checkbox"/> プラスチック製
履き物	<input type="checkbox"/> ズック（1足） <input type="checkbox"/> 外履き（1足）
普段着	<input type="checkbox"/> 上着（4枚～5枚） <input type="checkbox"/> ズボン（4枚～5枚）
下着	<input type="checkbox"/> 肌着（5枚程度） <input type="checkbox"/> パンツ（5枚程度）
寝間着	<input type="checkbox"/> 3組
靴下	<input type="checkbox"/> 4組～5組

診 療 情 報 提 供 書


※介護老人保健施設 榮 寿 苑 の施設入所申込に添付する診療情報提供書です。

ふりがな		性別	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)
住所	〒 — —		電話番号 — —

病名 及び 既往歴	1	発症日	年	月	日	頃
	2	発症日	年	月	日	頃
	3	発症日	年	月	日	頃
	4	発症日	年	月	日	頃
	5	発症日	年	月	日	頃

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

身長	cm	体重	kg	血 圧	～	mmHg
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	問題行動 ()		*HDS-R 点 年 月 日		
皮膚病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	病名 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 白癬 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒症 <input type="checkbox"/> その他 ()				
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 ()	大きさ (約 cm × cm)			
麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				
関節拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 ()				
疼 痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 ()				
足変形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 ()				
浮 腫	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 ()				
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー)					
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 療養食 ()					
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 栄養補助 ()					
嚥 下	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> IVH					
排 尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> パッド使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> トイレ誘導					
排 便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門					
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽)					
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 ()					

心電図検査 (コピー可)	検査日: 年 月 日	結核の既往: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
	異常所見: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	異常所見: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		胸部X線撮影 
		撮影日 年 月 日 (3ヶ月以内の写真)

血液学的検査	RBC $\times 10^4 / \mu\text{l}$	感染症	HBsAg <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検
	WBC $/ \mu\text{l}$		HCV <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検
	Hb g / dl		TPHA法 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検
	Ht %		MRSA <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検
	PLT $\times 10^4 / \mu\text{l}$		血液型
Fe $\mu\text{g} / \text{dl}$	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		

所見及び今後の診療	現在の処方内容
*他科受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科	
<input type="checkbox"/> 脳外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> その他 ()	

令和 年 月 日

住所
医療機関名
医師氏名

印