

令和 年 月 日

様

(居宅サービス事業者名)

※毎月1日の申込みとなります。

申込者氏名 続柄( )

住所

電話番号

## 短期入所療養介護利用申込書

対 象 者	被保険者番号												
	(フリガナ)												
	氏名												
	生年月日	明治										性別	男・女
		大正											
		昭和			年			月				日	
	認定結果	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 (申請中【申請日：令和 年 月 日】)											
	認定有効期間	令和			年			月			日	から	
令和				年			月			日	まで		
住所	〒 横浜市 区												
電話番号	045 ( )					FAX		045 ( )					
居宅介護支援事業者	住所	〒 区											
	事業者名												
	担当者名												
	電話番号	( )					FAX		( )				
利用希望日	令和			年			月			日	から	日間 (残日) 計	
	令和			年			月			日	まで		
	令和			年			月			日	から	日間	
	令和			年			月			日	まで		
送迎	有り(行き・帰り) ・ 無し ・ 家族送迎												
備考	診断名												
	投薬内容												
	既往歴												

日常生活動作（ADL）調査票

【横浜市介護老人保健施設共通様式】

令和 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様  
 ( 続柄・職種 )  
 ( 施設・病院名 )

項目	レベル			内容	備考
	自立	一部介助	全介助		
食 事	自立	一部介助	全介助	形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割) 治療・禁止食( ) 使用具(箸・スプーン・その他『 』)	
移 動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
移 乗	自立	一部介助	全介助		
立位保持	自立	一部介助	全介助		
座位保持	自立	一部介助	全介助		
寝 返 り	自立	一部介助	全介助		
排 泄	日 中			トイレ ポータブルトイレ 尿器	
	自 立	一部介助	全介助	オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
	夜 間			トイレ ポータブルトイレ 尿器	
	自 立	一部介助	全介助	オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーンカテーテル ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿 意(有・無) 便 意(有・無)	
入 浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
更 衣	上 衣				
	自 立	一部介助	全介助		
	下 衣				
	自 立	一部介助	全介助		

意思疎通	普通 ・ 困難 ( 具体的な様子 : )
視力障害	無 ・ 有 ( 具体的な様子 : )
聴力障害	無 ・ 有 ( 具体的な様子 : )
認知症状	無 ・ 有 ( 具体的な様子 : )

行 動	徘徊	帰宅 願望	介護 拒否	大声・ 奇声	妄想・ 幻覚	暴力・ 暴言	不潔 行為	昼夜 逆転	性的 行為	異 食	盗 食	収集 行為
	具体的な様子と頻度											

[その他に何かございましたらご記入ください。]

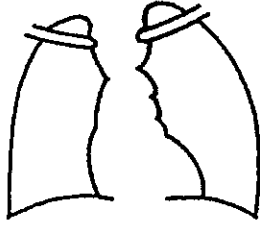
# 健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。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。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名		生年月日	明治・大正・昭和
住所		年 月 日 ( 歳)	TEL

病名		既往歴	
症状経過		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【検査日 年 月 日】		
尿	蛋白質 ー 士 +	所見  異常あり・異状なし
	糖 ー 士 +	
	潜血 ー 士 +	
感染症	H B s 抗原精密 ー +	
	H C V 抗体 ー +	
	疥癬 無・有 部位( )	
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有 ( ) 結核の既往 無・有 ( 歳 )	
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		

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名:

所在地:

医師氏名:

以下の疾患があり、下記項目の検査データがお手元にある場合は、記入をお願い致します。

心疾患、高血圧があり心電図のデータがあればコピーを添付してください。

肝疾患	GOT	
	GPT	
	LDH	
	総ビリルビン	
腎疾患	クレアチニン	
	尿素窒素	
	Na(ナトリウム)	
	K(カリウム)	
	Cl(クロール)	
貧血	赤血球数	
	ヘモグロビン	
	血症板数	
	MCV	
感染症後	CRP	
	白血球数	
糖尿病	血糖	食後 時間
	グリコヘモグロビンA <sub>1c</sub>	