

# 通所リハビリテーション利用申込書

介護老人保健施設 都筑ハートフルステーション

令和 年 月 日

利用者	フリガナ 氏名	男 女	生年月日： 明・大・昭 年 月 日 歳
	住所 〒	電話： ( )	
主たる 介護者 (緊急連絡先)	フリガナ 氏名	様	続柄
	住所 〒	電話： ( )	
保険	国保 ・ 社保 ・ 生保		
	生保の場合	担当：	担当連絡先： ( )
障害高齢者の日常生活自立度 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			
介護 保険証	負担割合 1割 ・ 2割 ・ 3割		
	要介護度	要支援 1 ・ 2 /	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	認定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
	被保険証番号		
	居宅支援事業者名：		担当ケアマネジャー：
連絡先：電話 ( )		FAX： ( )	
送迎時家族	・ 在宅 ・ 不在	利用希望日	第1希望 ) 月・火・水・木・金・土 第2希望 ) 月・火・水・木・金・土
希望サービス	・ 食事 ・ リハビリ ・ レクリエーション ・ 入浴 ( 一般 ・ 特浴 )		利用希望回数
			利用希望開始日
利用目的	家族構成： <input type="radio"/> <input type="checkbox"/>		
利用中の サービス (利用曜日)	・ 訪問介護 ( ) ・ 短期入所 ( ) ・ 訪問看護 ( ) ・ 通所介護 ( ) ・ 訪問リハ ( ) ・ 通所リハ ( ) ・ 訪問診療 ( ) ・ その他 ( )		
自宅周辺環境	自宅 ( 戸建 ・ アパート 階 ・ 高層住宅 階 ) 玄関までの段差 無 ・ 有 ( 段) エレベーター 無 ・ 有 その他 ( ) 例) 自宅周辺に狭い路地がある 等		
主治医	病院名：	電話： ( )	
担当医： ( 科)		受診回数：	回 / 月
退院・退所歴	現3ヶ月以内の退院又は退所等の有無： 無 ・ 有 ( 年 月 日) 退院及び退所した施設名：		
病歴 (現在治療中の ものには、診断 名の左に○を付 けて下さい)	○	診断名	発病年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
感染症	無 ・ 有 ( )		服薬情報
皮膚疾患	無 ・ 有 ( )		
備考			

利用者氏名： \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_

<本人、家族の希望> (デイケアを利用することでどうなりたいか、どうなってほしいか)

本人	家族
----	----

<生活歴>

--

<病状経過 (手術歴、治療内容など) 及びデイケア利用に至るまでの経過>

--

<その他何かありましたらご記入下さい。>

--

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。]

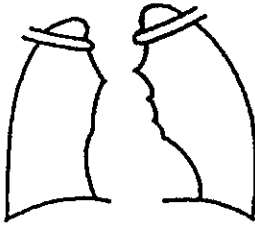
# 健康診断書

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

(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。

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            -            土            +	所見  異常あり・異状なし	
	糖                            -            土            +		
	潜血                            -            土            +		
感染症	H B s            抗原精密            -            +		
	H C V            抗体                    -            +		
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>1</sub> C	