

日本赤十字社総合福祉センター  
介護老人保健施設 レクロス広尾 利用申込書

年 月 日

利用者 本人の 状況	フリガナ		男	生年月日	明 大 昭	
	氏名		女		年 月 日 歳	
	現住所	(〒 - )				
		(電話番号 - - )				
	介護保険 状況等	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている				
		<申込日現在の介護度> 要介護 (1・2・3・4・5)				
		<認定有効期間> 年 月 日から 年 月 日まで				
<input type="checkbox"/> 区分変更申請中 ( 年 月 日 申請)		<input type="checkbox"/> 新規・更新申請中 ( 年 月 日 申請)				
障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種別: 級)						
特定疾患の認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名: )						
介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (食費 <input type="checkbox"/> 300円 <input type="checkbox"/> 390円 <input type="checkbox"/> 650円) <input type="checkbox"/> 申請中						

申請者(家族)	フリガナ		電話番号		
	氏名		携帯電話		
住所	(〒 - )			年齢	歳
	*施設までの所要時間 ( 時間)			続柄	
家族構成	氏名	年齢	続柄	同居	住所等連絡先
				同・別	
				同・別	
				同・別	
				同・別	

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	病院・施設名	入院・入所日 年 月 日より	
	住所		
	電話	担当者（相談員・ケアマネジャー）	

希望期間	年 月 日より ヶ月間
希望居室	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室（ <input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 7,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円/1日の差額料金）※税別
申込理由（具体的に）	
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ 具体名（ ）
在宅復帰に当たっての問題点（具体的に）	
本人の性格	
趣味・特技	

居宅サービスの利用状況					
※以下に該当する現在・直近の居宅サービスの利用状況についてご記入ください。					
居宅介護支援事業所	事業所名				
	住所				
	電話		担当ケアマネジャー		
訪問介護	回/月	訪問看護	回/月	短期入所生活介護	回/月
訪問リハ	回/月	通所介護	回/月		1回 泊 日
通所リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	短期入所療養介護	回/月
福祉用具貸与	内容				1回 泊 日

※申込書と一緒に介護保険者証のコピーもご提出ください。

※ご不明な点がございましたらお問い合わせください。

提出書類確認  利用申込書（本用紙）  日常生活情報書  
 診療情報提供書  介護保険者証コピー

# 日常生活情報書①

※該当するものにしを記入してください

病歴と病状管理	
特別な処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）の処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 回/日（朝・昼・夕）注入 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡
既往歴	年 月 病名
	病院 通院状況 回/ 週・月
	年 月 病名
	病院 通院状況 回/ 週・月
	年 月 病名
	病院 通院状況 回/ 週・月
	年 月 病名
	病院 通院状況 回/ 週・月
既往歴の経過 現在治療中の 病気の状況	
内服薬 内容・用量・ 分量記載	※薬の説明書（複写）をご用意いただくか、服用されているすべての薬名をご記入ください。  薬のアレルギー 有・無（ ）
内服管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要介助（ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助）
主治医の情報	
医療機関	診療科 科 医師
電話番号	受診状況 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診（ 回/週・月）
リハビリ内容・状況	
リハビリ内容	
認知症の状態	
認知症の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   認知症の診断を受けているか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ <input type="checkbox"/> 老人性 <input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> その他）
症状の内容	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 老人性そう・うつ病 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 過食・異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（ ） 具体的な言動の内容
ご本人の状況	
生活歴 ご本人の現在の の様子	

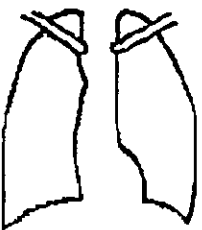
日常生活情報書② ※該当するものにしを記入してください。

麻痺・移動情報	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 )
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 )
移動	<input type="checkbox"/> 歩行 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> バギー・歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 本人が操作 <input type="checkbox"/> 介助者が操作 <input type="checkbox"/> 移乗動作可能 <input type="checkbox"/> 移乗動作不可能 ) <input type="checkbox"/> 寝たきり 装具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 部位: )
移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
立位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
座位	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらずにできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
入浴・衛生保持の情報	
入浴	<input type="checkbox"/> 自宅入浴 ( <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー ) <input type="checkbox"/> 回/週 <input type="checkbox"/> 施設入浴 ( デイサービス・デイケア ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 回/週
洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ
洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替え	上衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	下衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事の情報	
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具 ( )
飲み込み	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> できない
むせこみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> トロミ剤 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用
食種	普通食・腎臓食・肝臓食・糖尿食・心臓食・その他 ( )
主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 分 <input type="checkbox"/> ペースト
副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 ) 場所 ( )
カロリー制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( キロカロリー )
塩分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( グラム )
水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 一日 ミリリットル )
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
食事嗜好・希望	
禁忌食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
排泄の情報	
排泄の情報	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> 夜間はオムツ <input type="checkbox"/> 終日オムツ <input type="checkbox"/> オムツを外す行為 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> カテーテル
尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
尿失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし 便失禁 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
コミュニケーション・視力・聴力の情報	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mでみえる <input type="checkbox"/> 目の前でやっとみえる <input type="checkbox"/> ほとんどみえない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 眼鏡の使用 ( )
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声でやっと聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 補聴器の使用 ( )
会話	<input type="checkbox"/> 成立する <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可能 <input type="checkbox"/> こちらの話が理解できない <input type="checkbox"/> 話が全く通じない
睡眠状況	
睡眠状況	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不明 睡眠時間 時 ~ 時
睡眠薬使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 眠剤名: )

記入者 : 氏名

職種

# 診 療 情 報 提 供 書

ありなが 氏 名	様 (男・女)	明治 大正 昭和      年    月    日 (    歳)																																																				
<診断名>		<血液検査> (※検査データはコピーの添付をいただければ、以下の記入は不要です。)																																																				
<現病歴>		検査日                      年                      月                      日																																																				
※医療行為・処置があれば○で囲んでください 胃瘻 人工肛門 ペースメーカー 留置カテーテル 褥瘡 その他		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%;">WBC</td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;">TG</td><td style="width: 33%;"></td></tr> <tr><td>RBC</td><td></td><td>UA</td><td></td></tr> <tr><td>Hb</td><td></td><td>BUN</td><td></td></tr> <tr><td>Ht</td><td></td><td>CREA</td><td></td></tr> <tr><td>PLT</td><td></td><td>Na</td><td></td></tr> <tr><td>TP</td><td></td><td>K</td><td></td></tr> <tr><td>Alb</td><td></td><td>Cl</td><td></td></tr> <tr><td>T-BIL</td><td></td><td>CRP</td><td></td></tr> <tr><td>GOT</td><td></td><td>FBS</td><td></td></tr> <tr><td>GPT</td><td></td><td>HbA1C</td><td></td></tr> <tr><td>AL-p</td><td></td><td colspan="2" style="text-align: center;">※糖尿病歴のある方のみ</td></tr> <tr><td>γ-GTP</td><td></td><td>PT-INR</td><td></td></tr> <tr><td>T-CHO</td><td></td><td colspan="2" style="text-align: center;">※ワファリン内服の方のみ</td></tr> </table>	WBC		TG		RBC		UA		Hb		BUN		Ht		CREA		PLT		Na		TP		K		Alb		Cl		T-BIL		CRP		GOT		FBS		GPT		HbA1C		AL-p		※糖尿病歴のある方のみ		γ-GTP		PT-INR		T-CHO		※ワファリン内服の方のみ	
WBC		TG																																																				
RBC		UA																																																				
Hb		BUN																																																				
Ht		CREA																																																				
PLT		Na																																																				
TP		K																																																				
Alb		Cl																																																				
T-BIL		CRP																																																				
GOT		FBS																																																				
GPT		HbA1C																																																				
AL-p		※糖尿病歴のある方のみ																																																				
γ-GTP		PT-INR																																																				
T-CHO		※ワファリン内服の方のみ																																																				
<既往歴>		<感染症等> 検査日                      年                      月                      日 MRSA ( - + ) 咽頭・その他 (                      ) HBs (抗原・抗体) ( - + ) HCV抗体 ( - + ) 梅毒 ( - + ) TPHA・ガラス板 疥癬 ( - + ) その他 (                      )																																																				
<処方内容>		<他科受診> 無・有=内科・外科・整形外科・精神科・脳外科・耳鼻科 眼科・泌尿器科・婦人科・その他																																																				
<アレルギー歴>		身長                                      cm    体重                                      kg 血圧                                      /                                      mmHg																																																				
<胸部X線>  1. 所見なし 2. 所見あり (所見)    撮影日                                      年                      月                      日	<心電図>  1. 所見なし 2. 所見あり  検査日                                      年                      月                      日	<身体所見> 麻 痺 (無・有=                                      ) 視力障害 (無・有=                                      ) 聴力障害 (無・有=                                      ) 言語障害 (無・有=                                      ) 嚥下障害 (無・有=                                      ) (                                      )  <精神所見> 認知症 ( 無    ・    有 ) HDS-R                                      /30 MMSE                                      /30 周辺症状 幻視    幻覚                      被害妄想                      徘徊 暴言    暴力                      収集癖                      介護拒否 昼夜逆転                      大声                      危険行為 その他 (                                      )																																																				
上記のとおり証明します。  年                      月                      日		医療機関名 住                      所 電話番号 医 師 名                                      印																																																				

各項目3ヶ月以内の情報をご記入頂けますようお願い申し上げます。  
 ※貴院の診療情報提供書をお使い頂いても結構です。

## 利用申込方法のご案内

### 1、お問い合わせ

ご不明な点など、まずはお電話にてお問い合わせ下さい。

### 2、必要書類の提出

① 利用申込書・・・・・・・・ご家族の方がご記入下さい。

② 日常生活情報書

病院に入院中の方・・・病院の相談員・職員に記入をご依頼下さい。

施設に入所中の方・・・施設の相談員・職員に記入をご依頼下さい。

ご自宅で生活中の方・・・担当のケアマネジャーに記入をご依頼下さい。

③ 診療情報提供書

病院に入院中の方・・・病院の相談員・看護師にご相談下さい。

施設に入所中の方・・・施設の相談員・看護師にご相談下さい。

ご自宅で生活中の方・・・主治医の診察を受けて頂き、作成をご依頼下さい。

④ 介護保険者証のコピー

### 3、ご家族面談

面談日程の調整をさせていただきます。面談は当センターにて行いますので、ご家族の方にお越し頂きます。

### 4、判定会議

ご提出頂いた書類・面談内容をもとに利用可能かどうかの判定会議を行います。

### 5、判定結果のご連絡、ご利用日時の調整

判定結果についてご連絡させていただきます。利用可能となりましてもベッドの空き状況によりお待ち頂く場合もあります。

### 6、契約についてのご説明

利用契約についてご説明いたします。

### 7、ご利用案内

※ 体調不良や病状に変化があった場合、他の施設などへの入所となった場合には必ずご連絡をお願いいたします。

※ ご不明な点などありましたら、支援相談員までお問い合わせ下さい。

03-6861-4800 (代)