

入所申し込みに必要な書類

入所申し込みをされる際、次の書類をご提出下さい。

なお、申し込み内容に不備がある場合は再度の提出をお願いさせていただきます。

1. 介護老人保健施設入所利用申込書(さくらの杜書式)

※ご家族の方が記入してください。

2. アセスメント用紙①・②・③ (さくらの杜の書式)

※①はご家族の方が記入して下さい。

※②・③は病院に入院中の方は看護師に書類を渡し記入をお願いして下さい。

介護老人保健施設に入所中の方は担当の相談員に書類を渡し記入をお願いして下さい。

ご自宅にいらっしゃる方は担当のケアマネジャーの方に書類を渡し記入をお願いして下さい。

3. 診療情報提供書 (さくらの杜の書式)

※主治医に記入をお願いして下さい。

4. 介護保険被保険証のコピー

5. 介護保険負担割合証のコピー

6. 介護保険負担限度額認定証 (お持ちの方のみ) のコピー

※ご不明な点は、お気軽にお問い合わせ下さい。

〒115-0053 北区赤羽台4丁目17番56号

電話03-5963-4187

FAX03-3907-2121

担当者 しげやすゆうすけ 重安裕介 ささきみのる 佐々木稔

介護老人保健施設入所利用申込書

平成 年 月 日

東京北医療センター介護老人保健施設
さくらの杜 様

利用申込者 氏 名 印

(代筆者) 氏 名 印

東京北医療センター介護老人保健施設「さくらの杜」のサービスの利用を申込みます。

利用者	氏名	フリガナ _____	男・女	明治 大正 年 月 日生 昭和 歳
	住所	〒 _____	電話	_____
連絡先①	氏名	フリガナ _____ 続柄 ()	電話	(自宅)
	住所	〒 _____		(携帯)
連絡先②	氏名	フリガナ _____ 続柄 ()	電話	(勤務先)
	住所	〒 _____		(自宅)
身 体 の 状 況	主な病気		か か り つ け の 医 療 機 関	(医療機関名)
				(担当医)
	要介護認定		ケ ア マ ネ ー ジ ャ ー	TEL
	介護負担割合	割		(事業所)
介護保険負担限度額 認定証	段階	(担当者)		
希望理由				TEL FAX
現在の生活場所	自宅 施設(老健/グループホーム/その他) 病院		名称	

診療情報提供書 (A)

介護老人保健施設

本提供書の有効期限は、上記
発効日より3ヶ月の間とする

医療機関名 (科名)
所在地
名称
担当医
電話

患者氏名 _____ 様(男・女) 明・大・昭 年 月 日生(歳)
〒住所 _____ 電話 _____

【診断】

- 1 発症年月日 (年 月 日)
- 2 発症年月日 (年 月 日)
- 3 発症年月日 (年 月 日)

【治療経過】

【既往歴】

【処方・内容】

内容

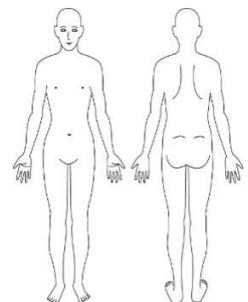
別紙をご参照下さい

【身体状況】

(主治医との協議により、ケアマネージャーによるレ点チェック及び記入例)

- 四肢欠損 麻痺(L・R) 筋力低下 失調・不随意運動
- 関節の拘縮 嚥下障害 失語症 視覚障害
- 知覚障害 難聴 褥創 カテーテル類留置
- その他の皮膚疾患
- 食事制限 無・有(kcal、塩分制限 g)

<備考>



【認知状況】

(1) 日常生活自立度

寝たきり度 正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2
 認知度 正常 I II a II b III a III b IV M

(2) 理解および記憶

短期記憶 問題なし 問題あり
 認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
 伝達能力 伝達可 多少困難 具体的要求のみ 伝達不可
 摂取能力 自立 一部介助 全介助

(3) 問題行動(周辺症状)の有無

有 無
幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 火の不始末
不潔行為 異食行動 徘徊 性的問題 介護拒否 その他()

【検査所見】(施行日 平成 年 月 日)

※検査値は3ヶ月以内の数値を記入して下さい。

尿	糖		血液生化学	総蛋白		Cr	
	蛋白			アルブミン		Na	
	潜血			GOT		K	
血液	白血球			GPT		Cl	
	赤血球			LDH		Ca	
	血色素数			ALP		CRP	
	ヘマトクリット			γ-GTP		血糖(食前・食後)	
	血小板			T-Ch		※1HbA1c	%
		TG			※2PT-INR		
		BUN			※1糖尿病の診断を受けている方のみ ※2ワーファリンを服用されている方のみ		

TPHA		HBs抗原		HCV抗体	
------	--	-------	--	-------	--

MRSA	有・無	疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
検出部位					

身長 cm 体重 kg

血液型 血圧 /

心電図所見

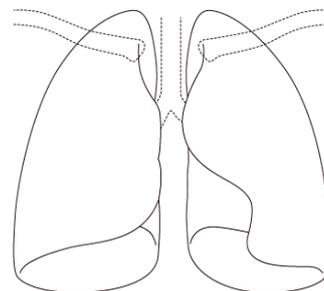
(直近1ヶ月~2ヶ月のものでコピーを添付)

検査 年 月 日

◎胸部X-P所見

(直近1ヶ月~2ヶ月のものでコピーを添付)

【特記事項】



年 月 日撮影

アセスメント用紙 ①

記入日 年 月 日 アセスメント場所

記入者

本人氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
本人住所	TEL		
	FAX		
緊急時 連絡先①	氏名	続柄	TEL
			携帯電話
緊急時 連絡先②	氏名	続柄	TEL
			携帯電話
緊急時 連絡先③	氏名	続柄	TEL
			携帯電話
家族図		本人 <input type="checkbox"/> ○ 死亡 <input type="checkbox"/> ● 夫婦 = 同居...	主介護者
			介護者仕事
			家族関係
			有 ・ 無
			良 ・ 不良
入所希望理由			
経済状況			
主な収入 (月 万)		その他収入	
可能な負担額 (月 万)		減額措置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

介護保険情報

保険者番号	被保険者番号
居宅介護支援事業所	担 当
認定年月日	要介護状態区分
認定有効期間	
身体障害者手帳	種 級(障害名)
その他公費負担	

日常生活情報

生活歴・生活状況	
性格・職業	
趣味・楽しみ	
生活場所の希望	本人 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 可能な限り自宅で最後は施設等 <input type="checkbox"/> 不明 家族 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 可能な限り自宅で最後は施設等 <input type="checkbox"/> 不明

※出来るだけ詳しく、ご家族の方にご記入をお願いします。

アセスメント用紙 ②

特別な処置

記入者

処置内容	<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"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> じよく創 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・腸ろう)
注意事項	

認知症の状態

認知症の症状	<input type="checkbox"/> 有 (<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"/> 不明) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 認知障害 <input type="checkbox"/> 人格障害
周辺症状	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 過食・異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 夜間徘徊 <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"/> 大声 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 介護抵抗
具体的内容とその対応	

麻痺・移動情報

麻痺	上肢(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 下肢(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	拘縮	左側	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手
	<input type="checkbox"/> その他	右側	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 手	
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助()			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助()			
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助()			
立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 全介助() <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無			
室内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助具 (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> シルバーカー)			
室外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 補助具 (<input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> シルバーカー)			
具体的内容				

コミュニケーション・視力・聴力情報

視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 全盲(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> でない
会話	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> 不確実 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 不明
具体的内容	

食事情報

食事摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 中量 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 補食()		
嚥下状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難()		
むせ込み	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() とろみ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
食事	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン	好物()	
主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 分 <input type="checkbox"/> ペースト	嫌い()	
副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト	カロリー制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(カロリー)
義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(総・上・下・一部)	塩分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(減塩 g)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(cc)
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(本/1日)
主な食事場所	<input type="checkbox"/> ベッド・布団の上 <input type="checkbox"/> 本人の居室・寝室(ベッド・布団から離れて) <input type="checkbox"/> 食堂・台所 <input type="checkbox"/> その他()		
食事摂取状況			

※主に状態の分かる方が(ケアマネージャー・看護師・介護士等)出来るだけ詳しくご記入願います。

アセスメント用紙 ③

排泄情報

記入者

排泄の際に使用している器具(複数回答)					
昼間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> PTイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> その他()
夜間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> PTイレ	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> その他()
排泄 昼間	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 定時誘導・排泄介助		<input type="checkbox"/> 定時交換
夜間	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ・見守り	<input type="checkbox"/> 定時誘導・排泄介助		<input type="checkbox"/> 定時交換
尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
排尿回数	日中	回	夜間	回	排便状態
尿・便 失禁	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> その他()				
排泄後の始末	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
具体的内容					

入浴・衛生の保持

入浴形態・回数	<input type="checkbox"/> 自宅入浴 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー) 回/ 週				
	<input type="checkbox"/> 施設入浴 (<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> チェアインバス) 回/ 週				
	<input type="checkbox"/> 清拭 約 回/日・ 週・月				
浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
洗身・洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
つめ切り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
具体的内容					

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"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		
具体的内容			

医療情報

入所までの経緯			
既往歴及び傷病名			
内服薬			
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)		
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		禁忌事項
医療機関			診療科
主治医			連絡先TEL
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診		
	<input type="checkbox"/> 定期 (回/ 週・月) <input type="checkbox"/> 不定期		

※主に状態の分かる方が(ケアマネージャー・看護師・介護士等)出来るだけ詳しくご記入願います。