

短期入所申し込みに必要な書類

短期入所申込をされる際、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 . 入所申込書（さくらの杜の書式）

ご家族の方が記入してください。

2 . 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ください。

3 . アセスメント用紙 ・ ・ （さくらの杜の書式）

担当のケアマネージャーの方に記入をお願いしてください。

ご不明の点は、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

FAX 03 - 3907 - 2121

担当者 佐藤 直己

介護老人保健施設短期入所療養介護利用申込書

平成 年 月 日

東京北社会保険介護老人保健施設
さくらの杜 様

利用申込者 氏 名 印

(代筆者) 印

東京北社会保険介護老人保健施設「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 昭和	年 月 日	生 歳
	住所	〒 -		電話	- -		
連絡先	氏名	続柄 ()		(自宅) (携帯)			
身 体 の 状 況	主な病気			か か り つ け の 医 療 機 関	(医療機関名)		
	要介護(支援)認定				(担当医)		
	身体障害者手帳			種 級	ケ ア マ ネ の ジ ャ ー	(事業所) (担当者)	
利用希望日	平成 年 月 日より			平成 年 月 日まで			
希望理由							
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		

平成 年 月 日

診療情報提供書(A)

本提供書の有効期限は、上記発行日より3ヶ月の間とする

介護老人保健施設

医療機関名(科名)
 所在地
 名称
 担当医
 電話

様

印

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

【診断】

【既往症】

【治療経過】

【処方】

【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可)

四肢欠損 関節の拘縮 筋力低下 麻痺(L・R) 褥創

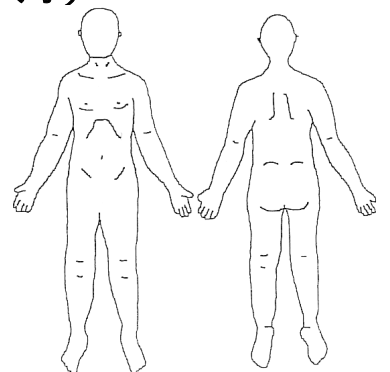
嚥下障害 知覚障害 難聴 失調・不随意運動

視覚障害 失語症 カテーテル類留置

その他の皮膚疾患

食事制限 無・有(Kcal、減塩 g)

<備考>



(1) 日常生活の状態

ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 痴呆状態 正常 a b a b 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) 問題行動の有無

有 無
 幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否 徘徊
 不潔行為 異食行動 性的問題 火の不始末 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ください。

尿	糖	
	蛋白	
	潜血	
血液	白血球数	
	赤血球数	
	血色素数	
	ヘマトクリット	
	血小板	

血液生化学	総蛋白質		BUN	
	ALB		CRE	
	GOT		Na	
	GPT		K	
	ALP		Cl	
	GTP		Ca	
	T-CH		CRP	
	TG		血糖	(食前・食後)
	LDH			

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					

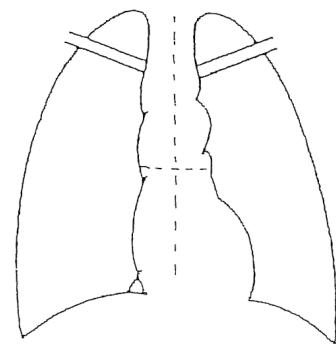
身長 _____ cm 体重 _____ kg

心電図所見
 (直近1ヶ月~2ヶ月のものでコピーを添付)

血液型 _____ 血圧 _____ / _____

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

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	氏名	続柄	TEL	
			携帯電話	
緊急時連絡先	氏名	続柄	TEL	
			携帯電話	
緊急時連絡先	氏名	続柄	TEL	
			携帯電話	
家族図	本人 死亡 夫婦 = 同居...		主介護者	
			介護者仕事	有 ・ 無
			家族関係	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 無 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	自宅	施設	可能な限り自宅で最後は施設等	不明
	家族	自宅	施設	可能な限り自宅で最後は施設等	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

特別な処置

記入者

処置内容	点滴の管理 中心静脈栄養	ストーマ(人工肛門)の処置 人工呼吸器	酸素療法 気管切開の処置	疼痛の管理 経管栄養(胃ろう・腸ろう)	じょく創
注意事項					

認知症の状態

認知症の症状	有 (老人性 アルツハイマー型 脳血管性 不明)	無	不明
症状	記憶障害	見当識障害	認知障害 人格障害
周辺症状	せん妄 不潔行為 老人性そううつ病	被害妄想 夜間徘徊	幻聴・幻覚 徘徊 自傷行為 不穏状態 暴力行為 過食・異食 意欲低下 介護抵抗
具体的内容 とその対応			

麻痺・移動情報

麻痺	上肢(左 右)	下肢(左 右)	拘縮	左側	無	右側	無	肩	肘	股	膝	足	手
	その他												
体位変換	自立	見守り	一部介助	全介助()									
移乗	自立	見守り	一部介助	全介助()									
座位	自立	見守り	一部介助	全介助()									
立位	自立	つかまり	全介助()	装具	有()	無							
室内移動	自立	一部介助	全介助	移動手段	手すり	杖	シルバーカー	車イス					
室外移動	自立	一部介助	全介助	移動手段	手すり	杖	シルバーカー	車イス					
具体的内容													

コミュニケーション・視力・聴力情報

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

食事情報

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

主に状態のわかる方は(ケアマネージャー・看護師・介護士)

実際の状況を出来るだけ詳しく記入をお願いします。

アセスメント用紙

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	トイレ	Pトイレ	おむつ	リハビリパンツ	その他()
夜間	トイレ	Pトイレ	おむつ	リハビリパンツ	その他()
排泄 昼間	自立	声かけ・見守り		定時誘導・排泄介助	定時交換
夜間	自立	声かけ・見守り		定時誘導・排泄介助	定時交換
尿意	有	無	不明	便意	有 無 不明
排尿回数	日中	回	夜間	回	排便状態 回/日 下痢便・普通便・硬便
尿・便 失禁	ない	時々ある		常時ある	その他()
排泄後の始末	自立	見守り	一部介助	全介助	
具体的内容					

入浴・衛生の保持

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

睡眠状況

睡眠状況	不眠	良好	不明	睡眠時間	時 ~ 時
睡眠薬使用	有()			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	自己管理	要介助 (見守り		一部介助	全介助)
感染症の有無	有()		禁忌事項		
医療機関				診療科	
主治医			連絡先		
受診状況	通院 往診				
	定期 (回 / 週・月)		不定期		

主に状態のわかる方は(ケアマネージャー・看護師・介護士)

実際の状況を出来るだけ詳しく記入をお願いします。