

# 青い空の郷 利用申込書

区分	1. 一般入所 2. 短期入所 3. 通所リハビリ			記入日	年 月 日			
利用希望者	氏名	ふりがな		男・女	大正 昭和	年 月 日	( 才 )	
	住所	〒						
家族連絡先	氏名	ふりがな		男・女	続柄	大正 昭和 平成	年 月 日	( 才 )
	住所	〒						
	勤務先	☎ ( )		携帯電話	☎ ( )			
利用の理由								
介護度				認定の有効期間 (いつまで)		年 月 日まで		
家族状況				現在の状況				
氏名	続柄	年齢	職業	1. 入院中 (病院名 ) 2. 施設入所中 (施設名 ) 3. 在宅 外来受診 無・有 (病院名 )				
				居室希望 1. 1人部屋      2. 4人部屋				
				紹介先 (もしくは何で当施設をお知りになりましたか)				

利用申込書にご記入いただいた個人情報については、当施設の利用申込みの手続き・連絡以外には使用致しません。

# 入所用診断書

氏名	男・女	生年月日：大 昭	明 年 月 日
現住所	〒 _____		
現病歴	1 2 3 4	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	発病 発病 発病 発病
現症			
既往歴			
感染症	HBs抗原 ( ) HCV抗体 ( ) 梅毒 検査法 ( ) 結果 ( ) その他 ( )		
検尿	糖 ( ) 蛋白 ( ) ウロビリノーゲン ( ) 潜血 ( ) その他：		
血液検査	※ 採血した日付をご記入下さい。 アルブミン値は、申し訳ございませんが必須とさせていただきます。 年 月 日		
心電図			
胸部 X-P	所見：		
薬物療法			
上記のとおり診断しました。		平成	年 月 日
医療機関名： 住所： 電話： 医師氏名：		印	

※検査結果を添付して下さい。

## 青い空の郷 利用希望者情報提供票

氏名 \_\_\_\_\_

ご本人さまへのケアに役立てるため可能な範囲で結構ですので、ご記入を頂けるようご協力の程よろしくお願い致します。

## ①医療に関すること

既往歴	傷病名	発症年月日	医療機関名	入院の有無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無
		年 月 日		有・無

かかりつけ医(病院・医院名、担当医など)

## ②生活に関すること

◎生活歴(出身地、学歴、結婚、職業など)	
飲酒	飲む(量: ) 飲酒歴有(量: ) 飲まない
喫煙	吸う(量: ) 喫煙歴有(量: ) 吸わない
アレルギー	食物( ) 薬物( ) その他( )
宗教	
◎現在、利用している(利用していた)介護サービス	
◎当施設での生活に関しての意向(健康面、食事面、リハビリなど)	

## ③性格や認知症に関すること

性格傾向	
対人関係	
◎認知症で困っていること(発症時期、専門医による受診の有無、抗認知症薬の服薬など)	

# 診療情報提供書

(介護老人保健施設)

神戸市北区統一 (H28.9~)

施設長殿

氏名	(男・女)	年	月	日	( 歳 )						
住所	電話番号 - -										
病名・既往	1	発症時期	年	月	5	発症時期	年	月			
	2	発症時期	年	月	6	発症時期	年	月			
	3	発症時期	年	月	7	発症時期	年	月			
	4	発症時期	年	月	8	発症時期	年	月			
現在の病状及び、治療状況											
投薬内容 <small>(他科内服・外用薬を含む)</small>	別紙添付(無 : 有)										
身体状況	血圧	/			mmHg	身長	cm		体重	kg	
	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢(左・右) <input type="checkbox"/> その他 ( )										
視力障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 点眼薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )											
アレルギー	薬物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
皮膚疾患	疥癬既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			その他 ( )					
自立度	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										
認知症	認知症高齢者の行動心理症状の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食・盗食 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
予防接種	インフルエンザ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ( 年 月 )					肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 ( 年 月 )					
血液検査 <small>(直近3か月内データ添付可)</small>	白血球	AST	HBs抗原 ( 陰性・陽性 )			胸部X線写真所見 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	赤血球	ALT	HCV抗体 ( 陰性・陽性 )								
	ヘモグロビン	Na	ガラス板・TPHA ( 陰性・陽性 )								
	ヘマトクリット	K	MRSA ( 陰性・陽性 )								
	血小板	Cl	部位 ( 喀痰・咽頭・鼻腔 )								
	血清蛋白	LDL-C	結核 ( 陰性・陽性 )								
	アルブミン	血糖	塗沫・培養・PCR (胸部X線上、必要と判断された場合)								
	尿素窒素	HbA1c (糖尿病の場合)	心電図異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
年月日	クレアチニン	CRP	年月日			年月日撮影					
施設利用にあたってのご意見(リハビリ・食事等に関する事)											
医療機関名										年 月 日	
所在地											
電話番号	-	-	担当医師名					印			

