

年 月 日

様

医療法人社団 寿光会  
介護老人保健施設 サンセール市川

拝啓、 時下益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

この度は、当施設のご利用申込みをいただきましてありがとうございます。

ご利用にあたり判定会がございますので、下記の書類が必要となります。

お手数ですが、ご用意いただきたくお願い申し上げます。

敬具

(チェック欄)

① 利用者申込書	ご家族・ご親族様記入	
② 家族構成等記入票	ご家族・ご親族様記入	
③ ADL状況調査票	現在の主介護者様記入	
④ 健康診断書	主治医へ依頼	
⑤ 診療情報提供書	主治医へ依頼	
⑥ 看護サマリー（入院・入所中の方のみ）	病院またはご入所中の看護師等へ依頼	
⑦ 介護保険証写し	ご家族・ご親族様が準備	
⑧ 健康保険証（後期高齢者医療）写し	ご家族・ご親族様が準備	

※ ⑤・⑥に関しては指定の用紙はありません。

ご不明な点がございましたら、支援相談員までご連絡下さい。

◆ お問い合わせ ◆

医療法人社団 寿光会  
介護老人保健施設 サンセール市川

〒272-0004  
千葉県市川市原木2丁目13番8号

TEL 047-325-9367/FAX047-325-9366

担当： 武内

# 利用者申込書

医療法人社団 寿光会  
介護老人保健施設  
サンセール市川施設長殿

申込日	年	月	日
入所日	年	月	日

紹介先:行政・病院 / 施設・居宅介護支援事業所( ) 担当: ( ) 訪問看護・その他

介護認定度: 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5・申請前・申請中・区分変更中

負担割合: 1割・2割・3割 負担限度額: なし・1段階・2段階・3段階・申請中/申請予定( / )

日常生活自立度	障害:	認知:	HDS	点	MMSE	点
---------	-----	-----	-----	---	------	---

利用者	フリガナ	男・女	明・大・昭	年	月	日生	歳
	氏名						
	住所 〒						

相談者	氏名	歳	続柄
	住所 〒		
		自宅	( )
		携帯	( )
	勤務先名		

利用希望	1. 入所	ヶ月程度	居室希望	: 四人部屋・個室・四人部屋空き待ちの個室(可・不可)
		ユニット		
	2. ショートステイ	/ ~ /	送迎希望	: 有・無
	3. 通所リハビリテーション	居宅事業所:	担当CM:	
	・利用者	: 月・火・水・木・金・土	計週	回
			送迎希望	: 有・無
	4. 訪問リハビリテーション	居宅事業所:	担当CM:	
	・利用者	: 月・火・水・木・金・土	計週	回

利用理由	1. 身体的介護困難	(移動・排泄・入浴・食事・着脱)
	2. 認知症で介護困難	(徘徊・不眠・不穏・不潔行為・幻覚・妄想)
	3. 介護者不在	4. その他

現在の状況	1. 在宅生活中	(同居・別居)	かかりつけ医	病院・医院
	2. 入院中	(	病院) 入院日 R	/ / ~ / /
	3. 入所	(	) 入所日 R	/ / ~ / /
	既往歴			

性の退方所向後: ・在宅・特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム・その他  
申込み状況 (未・済)

相談者以外の連絡先	氏名	年齢	続柄	住所	TEL
①					自宅: 携帯:
②					自宅: 携帯:
③					自宅: 携帯:

夜間: ①

主治医	病院名	電話	主治医名
-----	-----	----	------

# 家族構成等記入票

様 男・女 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）

家族構成	自宅見取り図
------	--------

性 格 例：朗らか 無口 頑固等  趣味・特技・好きな物（大切にしている物等）	ご利用者様に対するご家族の希望・要望 今後の方針についての考え 例：在宅又はグループホーム、サービス付 高齢者住宅等、特別養護老人ホーム
--	---

生活歴・入所までの経緯  出生場所 →	経済状況  国民年金 共済年金 厚生年金 遺族年金 生活保護 有・無 要介護状態区分等 【 】 認定期間 介護負担割合 1割・2割 介護保険負担限度額認定 有・無 1段階・2段階・3段階・4段階
---------------------------	--

既往歴（病名・処方薬・入院先・手術等） *完治の場合は、完治日付もご記入願います。
---

内容			
食事	形態	主食：米飯・粥( )・ソフト食・経管栄養(一日 回)	
		副食：常菜・軟菜・一口大・刻み( )	
	嚥下	良好・困難 ※とろみ(有・無) 他(ストロー使用等	
	制限	カロリー( kcal)・塩分( g)	
	摂取方法	自立・見守り・一部介助・全介助	
	摂取量	主食： 割 / 副食： 割	
	使用物品	箸・スプーン・フォーク・エプロン・自助具・その他( )	
	禁止食	( )	
	好き嫌い	好( )・嫌( )	
	問題・工夫	※嫌いなものはどの程度の苦手さかも記入をお願いいたします。	
排泄	日中	リハビリパンツ・パッド・布パンツ・オムツ・バルーン・ストマ	
		自立・定時の声かけ・トイレまで誘導・ズボンの上げ下げ(介助・自立)・PTイレ(自立・介助)	
	夜間	リハビリパンツ・パット・布パンツ・オムツ・バルーン・ストマ	
		自立・定時の声かけ・トイレまで誘導・ズボンの上げ下げ(介助・自立)・PTイレ(自立・介助)	
尿意・便意	有・無 便秘の有無 有・無		
一日の排泄回数	日中( 回) / 夜間( 回)		
問題・工夫			
清潔	方法	一般浴・特浴・他( )	更衣 自立・一部介助・全介助
	洗身	自立・一部介助・全介助	ボタンのかけはずし 自立・一部介助・全介助
	洗髪	自立・一部介助・全介助	ズボンの上げ下げ 自立・一部介助・全介助
	洗顔	自立・一部介助・全介助	靴下着脱 自立・一部介助・全介助
	問題・工夫		
移動	内容	独歩・杖歩行・歩行器・つたい歩き・這う・車椅子	
	方法	自立・見守り・一部介助・全介助	
	移乗	自立・一部介助・全介助	
	立位保持	可・見守り・つかまれば可・不可	
	座位保持	可( 時間程度)・不可	
	転倒の危険性	有・無	
問題・工夫			
身の回り	寝返り	自立・一部介助・全介助	口腔 歯磨き 義歯管理 うがい
	起き上がり	自立・一部介助・全介助	
	耳の手入れ	自立・一部介助・全介助	
	爪切り	自立・一部介助・全介助	
	髭剃り	自立・一部介助・全介助	
心身の状態	意思疎通	可・不可 ※NC 可・不可 長谷川式( )点 MMSE( )点	
	精神症状	有・無 ※有の場合の該当するものに○→ (徘徊・不眠・不穏・不潔行為・幻覚・幻聴・妄想)	
	視力・聴力	視力：有・無 ※眼鏡 有・無 / 聴力：有・無 ※補聴器 有・無	
	言語障害	有・無 ※有の場合の該当するものに○→ 《失語症・構音障害・その他( )》	
	麻痺	有・無 部位(上肢 右・左 / 下肢 右・左)	
	拘縮	有・無 部位 右(肩・肘・手・股・膝・足) / 左(肩・肘・手・股・膝・足)	
	医療行為 有・無	インスリン(一日 回) / 血糖測定(一日 回) 在宅酸素( リットル) / 吸引(一日 回) 皮膚トラブル 有・無 (処置内容 )	
特記事項			
記入日： 年 月 日	記入者：	施設名	

病院施設のご担当者様各位

～ 健康診断書作成にあたりお願い ～

日頃、当施設入所及び通所利用の診断書作成にご協力賜り誠に有難うございます。

当施設のご利用希望をされている方に健康診断書の作成をお願いしております。

健康診断書は記載してあります項目すべての検査をお願い致します。

(検査施行日も)

検査項目の不備や漏れがございますとご利用されるのが遅れてしまいます。

診断書作成される際ご注意願えれば幸いです。

お忙しい中お手数おかけいたしますが何分ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

医療法人社団寿光会

介護老人保健施設サンセール市川

入所用 介護老人保健施設 サンセール市川 健康診断書 (病院・医院記入作成書類です)

ふりがな	性別	明治・大正・昭和	年	月	日生( 歳)
氏名	男 女				
住所	電話	( )			
全身状態	身長 cm	体重 kg	BMI		
主病名	発症日				
既往歴					
脈拍	回	整 ・ 不整	血圧		
胸部レントゲン所見 (検査日H )	特記事項 異常あり・異常なし [ ]				
心電図所見 (検査日H )	特記事項 異常あり・異常なし ※コピートの添付を お願いします。 [ ]				
血算 (検査日) H	白血球		AST(GOT)		
	赤血球		ALT(GPT)		
	ヘモグロビン		総コレステロール		
	ヘマトクリット		中性脂肪		
	血小板		HDL-Cho		
尿検 (検査日)	蛋白		LDL-Cho		
	糖		BUN		
	ウロビリノーゲン		クレアチニン		
血糖 (検査日)	ビリルビン		TP		
	PH		アルブミン		
空腹時 (随時)			Na		
			Cl		
			K		
			(検査日)		
			HbA 1C		(糖尿病の方のみ)

  

感染症疾患	結核 検査日 ( )	HCV抗体 検査日 ( )
	梅毒 検査日 ( )	MRSA 検査日 ( )
	HBs抗原 検査日 ( )	疥癬 検査日 ( )
高次脳機能障害 (失語症含む) 所見	(有・無)	皮膚所見 (褥創・湿疹)
		聴力障害所見
言語障害所見		視力障害所見
精神状態所見	(慢性中毒症状・精神症状・睡眠障害・認知症周辺行動等ありましたらご記入ください。)	
現在の投薬状況	認知症の有無 (有・無) HDS-R (点) 有の場合の日常生活自立度 : 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

  

上記のとおり診断いたします。

所在地 年 月 日

医療機関名 医師

印

※ 検査については全項目記入、3ヶ月以内の検査結果、所見をお願いします。