

利用申込書

●ご利用を希望される方●

申込日 平成 年 月 日

フリガナ		明・大・昭 年 月 日生
お名前		男・女 (歳)
ご住所	〒 —	
ご連絡先	() —	
介護度	要支援(1・2) ・ 要介護(1・2・3・4・5) ・ 申請中 <small>認定日：平成 年 月 日</small>	
現在居所	自宅 ・ () 病院入院中 () 施設入所中 ・ その他()	
主治医	医院名	(先生)
	住所	Tel: () —
居宅介護支援事業所	事業所名	(担当:)
	住所	Tel: () —

●ご家族様連絡先●

フリガナ		続柄 () 年齢 (歳)
お名前		
ご住所	〒 —	
ご連絡先	自宅: ()	—
	携帯: ()	—

○ 同居又はお近くにお住まいでお世話いただけるご親戚の方をご記入ください ○

フリガナ	お名前	続柄	年齢	ご連絡先	ご住所
				() -	
				() -	

●希望サービス● (「□」にチェックの上、ご記入ください)

<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 (入所)	(平成 年 月 日から・今すぐ)入所希望	居室希望(個室・4人室・希望なし) お急ぎの場合(個室可・不可)
<input type="checkbox"/> ショートステイ	(平成 年 月 日から・今すぐ)入所希望	居室希望(個室・4人室・希望なし) お急ぎの場合(個室可・不可)
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	週 回程度希望 / (希望日: 月・火・水・木・金・土・日)	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	週 回程度希望 / (希望日: 月・火・水・木・金)	
<input type="checkbox"/> グループホーム	(平成 年 月 日から・今すぐ)入所希望	
<input type="checkbox"/> 認知症対応型 デイサービス	週 回程度希望 / (希望日: 月・火・水・木・金・土・日)	
利用目的		

●退所後の予定● (「□」にチェックの上、ご記入ください)

<input type="checkbox"/> 自宅	□現住所に戻る / □その他()
<input type="checkbox"/> 施設	申込(済み・未) / [施設名:]
<input type="checkbox"/> 未定	

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

紹 介 先

介護老人保健施設
ラ・アケソニア
施設長 医師 : 中谷 泰康 宛

紹 介 元


機関名 _____
所在地 _____
電話番号 _____
担当医師 _____ (印)

(利用者) フリガナ 氏名	様	男・女	明治 大正 年 月 日 () 歳 昭和
---------------------	---	-----	----------------------------

疾患名

既往歴及び家族歴

症状及び治療経過、検査結果等	HCV (- ・ +) 検査日 年 月 日
	HBs (- ・ +) 検査日 年 月 日
	結核既往歴 (有 ・ 無) 検査日 年 月 日
	胸部X線所見 (直接 ・ 間接) 撮影日 年 月 日



所見 (3ヶ月内のものによる所見をお願いします)

日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
---------	---------------------------------------

認知症老人自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M
----------	---

現在の処方

備考
*心電図のデータは裏面に添付お願いします。

※ 必要時には、必ず画像診断の所見・血液検査記録等を添付下さいますようお願い致します。

日常生活のアンケート

※現在の生活状況をお聞かせください

医療法人神明会
介護老人保健施設 ラ・アケソニア

利用者名 () 歳

記入者名 続柄または職種()

身体測定		身長	cm	体重	kg	利き手	右・左
日常生活動作	生活リズム	<input type="checkbox"/> 終日離床	<input type="checkbox"/> 終日ベッド	<input type="checkbox"/> 食事・トイレのみ起床			
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 一部介助			
	椅子・トイレ移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行(独歩・杖・バギー・歩行器・その他()) <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・見守り・一部介助・全介助) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子					
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(部位) <input type="checkbox"/> 無					
	転倒	<input type="checkbox"/> 有(いつ頃) (どのような時に) (頻度 <input type="checkbox"/> 週1~2回 <input type="checkbox"/> 月1~2回) <input type="checkbox"/> 無					
食 事	摂取方法	<input type="checkbox"/> 口から	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> その他()			
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ソフト食		
	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ひと口大	<input type="checkbox"/> 極きざみ	<input type="checkbox"/> ソフト食		
	朝食希望	<input type="checkbox"/> 和食	<input type="checkbox"/> パン食				
	嚥下(飲み込み)	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> よくむせる			
	トロミの有無	<input type="checkbox"/> 有(薄・ヨーグルト・蜂蜜・濃) <input type="checkbox"/> 無					
	食事姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子(車椅子)	<input type="checkbox"/> ベッド上()度	<input type="checkbox"/> 車椅子リクライニング()度			
	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	義歯	<input type="checkbox"/> 有(総入れ歯(上・下)・部分入れ歯(上・下)) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 合わないので使用せず					
	食事の様子(複数選択可)	<input type="checkbox"/> なかなか飲込めない		<input type="checkbox"/> 眠ってしまう		<input type="checkbox"/> 手づかみ	
		<input type="checkbox"/> 食事中疲れてしまう		<input type="checkbox"/> 食事量が減っている			
	<input type="checkbox"/> 食事に集中できない		<input type="checkbox"/> 時間がかかる				
食事制限	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 塩分制限()g	<input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 無				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有(食品名) <input type="checkbox"/> 無						
排 泄	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	昼間の排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> テープ留めオムツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 紙パンツ		
	夜間の排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> パット		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> テープ留めオムツ	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 紙パンツ			

入浴	入浴	<input type="checkbox"/> 好き	<input type="checkbox"/> 嫌い
	入浴状況	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/>
	洗身	<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
整容	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 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"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
健康医療面	睡眠時間	<input type="checkbox"/> 時から 時まで 時間	
	排便	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 1週間に1回
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 (部位 処置)	<input type="checkbox"/> 無
	インスリン	<input type="checkbox"/> 有 (いつ 単位数)	<input type="checkbox"/> 無
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助
	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (薬品名)	<input type="checkbox"/> 無
コミュニケーション	意思伝達	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 不可能(具体的に)
	理解	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その場は理解できる
	視覚	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> はっきり見えない (両目・右・左) <input type="checkbox"/> 見えない (両目・右・左)
	眼鏡	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	聴覚	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きい声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない(両耳・右・左)
	補聴器	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	他者との交流	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 苦手 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 好まない
精神について	物忘れ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	判断能力	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 指示が必要 <input type="checkbox"/> できない
	症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 (日中・夜間・昼夜問わず)	
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 (どの程度・内容)	
		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 介護抵抗・拒否
		<input type="checkbox"/> 夜間不穏 (具体的に)	
<input type="checkbox"/> 異食行為 (具体的に)			
<input type="checkbox"/> 放尿	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物盗られ妄想	
<input type="checkbox"/> 不潔行為 (具体的に)			
<input type="checkbox"/> その他()			
ナースコール使用	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 時々可能 <input type="checkbox"/> 不可能	
センサーマット使用	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	
症状に関して	経過		
	注意点		

ラ・アケソニア デイケア 無料体験申込書

申込日 年 月 日

お名前	明・大・昭 年 月 日生 (歳) 男 女			
ご住所	〒			
ご連絡先	() -			
介護度	申請中 ・ 要支援(1 ・ 2) ・ 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
主治医	病院名	住所		
居宅介護支援事業所	事業所名		担当	

ご家族様ご連絡先

お名前	明・大・昭 年 月 日生 (歳) 男 女 続柄 ()			
ご住所	〒			
ご連絡先	() -			

※ 入浴は体験して頂くことはできません。

送迎・食事() レクリエーション

体験希望日 年 月 日 曜日

<病名など留意点>

FAX: 072-727-3765

【通所リハビリ用】 診 療 情 報 提 供 書

年 月 日

紹 介 先

介護老人保健施設
ラ・アケソニア
施設長 医師 : 中谷 泰康 宛


紹 介 元

機関名 _____
所在地 _____
電話番号 _____
担当医師 _____ (印)

(利用者)	明治	年	月	日 () 歳
氏名	大正			
様	昭和			
	男・女			

疾患名

既往歴及び家族歴

症状及び治療経過、検査結果等	HCV (- ・ +)
	検査日 年 月 日
	HBs (- ・ +)
	検査日 年 月 日
	結核既往歴 (有 ・ 無)
	検査日 年 月 日
	胸部X線所見 (直接 ・ 間接)
	撮影日 年 月 日
	
退院日 年 月	所見 (3ヶ月内のものによる所見をお願いします)

リハビリ・入浴時の禁忌値	血圧	SPO2	%
	脈		

日常生活自立度 J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2

認知症老人自立度 正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

現在の処方

備考 ※心電図のデータは裏面に添付お願いします。

※ 必要時には、必ず画像診断の所見・血液検査記録等を添付下さいますようお願い致します。