

利 用 申 込 書

● ご利用を希望される方 ●

申込日 令和 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			認定日：平成・令和 年 月 日
現 在 居 所	自宅 • () 病院入院中 () 施設入所中 • その他()			
居 宅 介 護 支 援 所 事 業 所	事業所名			(担当：)
	住 所			TEL：() —
主 治 医	医院名			(先生)
	住 所			TEL：() —
コロナワクチン 接種回数	接種済み ⇒	回 【最終接種日】		年 月 日
	未接種 ⇒	(理由を簡潔にご記入ください)		
インフルエンザ ワクチン接種	今年接種済み			今年未接種
そ の 他 ワクチン接種	(接種歴がわかる範囲でご記入ください)			

● ご家 族 様 連 絡 先 ●

フ リ ガ ナ				
お 名 前				続柄 () 年齢 (歳)
ご 住 所	〒 —			
ご 連 絡 先 ※可能な限りご記入下さい	自 宅： () —			
	携 帯： () —			
	勤務先： () —			

○ 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 齡	ご 連 絡 先	ご 住 所
		() -		
		() -		
		() -		

【老健用】 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 : 前倉 亮治 宛

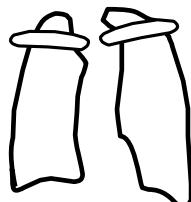
紹 介 元

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

利用者名

()歳

医療法人神明会
介護老人保健施設 ラ・アケソニア

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

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		
精神について	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
	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()			
症状に関して	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		
	経過				
症状に関して	注意点				

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

利用者名

()歳

医療法人神明会
介護老人保健施設 ラ・アケソニア

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

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		
精神について	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
	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()			
症状に関して	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		
	経過				
症状に関して	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 : 前倉 亮治 宛

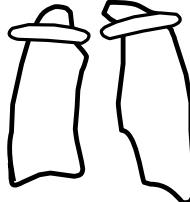
紹介元

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

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

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		
	脈	SpO ₂	%
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。