

# 介護老人保健施設 「リーブズ」 利用申込書

年 月 日

ご利用者 (〒 - )

住 所

氏 名 印

電 話 ( )

生年月日 ( M. T. S ) 年 月 日

\* 要介護度 要支援 ・ 1 ・ 2

要介護 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

\* 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

( \* 印の所については、確定されている場合、丸印とご記入願います。

介護度未確定の方は下記に申請日または未申請に丸印をお願いします)

\* 申請日 年 月 日 ・ 未申請

申込者 (〒 - )

住 所

氏 名 印

生年月日 ( M. T. S ) 年 月 日

電 話 ( )

( 携 帯 )

続 柄 男 ・ 女

職 業

勤務先名

電 話 ( )

## 家族構成（同居人）について

| 氏 名 | 続柄 | 年齢 | 職業・勤務先 |
|-----|----|----|--------|
|     | 本人 |    |        |
|     |    |    |        |
|     |    |    |        |
|     |    |    |        |

## 【 本人 及び 家族歴 】

本人氏名

・ 職 業 最終職歴 ( )

・ 最終学歴 1. 未就学 2. 小学校卒 3. 高等小学校  
4. 旧制中学・新制高校卒 5. 旧制高校・短大卒  
6. 大学卒 7. その他 ( )

・ 結 婚 無 有 ( 現在配偶者 健康 病臥 死去 )  
\* ご結婚歴が2回以上ある方については差し支えない  
程度で結構ですので下記に詳細をお願いします。

---

---

---

---

・ 子 供 無 有 ( 人)

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 1 | (続柄) | (居住地) |
| 2 | (続柄) | (居住地) |
| 3 | (続柄) | (居住地) |
| 4 | (続柄) | (居住地) |
| 5 | (続柄) | (居住地) |
| 6 | (続柄) | (居住地) |

・ 同胞者 (本人の兄弟姉妹) 無 有 ( 人)

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 1 | (続柄) | (居住地) |
| 2 | (続柄) | (居住地) |
| 3 | (続柄) | (居住地) |
| 4 | (続柄) | (居住地) |
| 5 | (続柄) | (居住地) |
| 6 | (続柄) | (居住地) |

・ 生 活 保 護 無 有

・ 障 害 者 手 帳 無 有 ( 障害 級 )

・ 精 神 障 害 者 無 有

・ 保 健 福 祉 手 帳 無 有 ( 障害 級 )



## 【 ADL（日常生活動作） 】

|         |           |                  |             |
|---------|-----------|------------------|-------------|
| ① 寝返り   | ・可能       | ・つかまれば可能         | ・できない       |
| ② 座位保持  | ・可能       | ・つかまれば可能         | ・できない       |
| ③ 立ち上がり | ・可能       | ・つかまれば可能         | ・できない       |
| ④ 立位保持  | ・可能       | ・つかまれば可能         | ・できない       |
| ⑤ 歩行    | ・可能       | ・つかまれば可能         | ・できない       |
| ⑥ 食事    | ・自立       | ・見守り、声かけが必要      | ・要介助        |
| ⑦ 排泄    | ・自立       | ・見守り、声かけが必要      | ・要介助        |
| ⑧ 入浴    | ・自立       | ・見守り、声かけが必要      | ・要介助        |
| ⑨ 衣服着脱  | ・自立       | ・見守り、声かけが必要      | ・要介助        |
| ⑩ 洗面歯磨き | ・自立       | ・見守り、声かけが必要      | ・要介助        |
| ⑪ 車椅子   | ・使用せず     | ・使用（自立 一部介助 全介助） |             |
| ⑫ その他   | ・装具       | ・無               | ・有（ ）       |
|         | ・歩行器      | ・無               | ・有（ ）       |
|         | ・杖        | ・無               | ・有（ ）       |
|         | ・おむつ使用    | ・無               | ・有（ ）       |
|         | ・失禁       | ・無               | ・有          |
|         | ・尿器       | ・無               | ・有（ ）       |
|         | ・ポータブルトイレ | ・無               | ・有          |
|         | ・意志の疎通    | ・可能              | ・不可能        |
|         | ・言語障害     | ・無               | ・有（ ）       |
|         | ・聴力障害     | ・無               | ・有（ 右 左 両 ） |
|         | ・補聴器使用    | ・無               | ・有          |
|         | ・視力障害     | ・無               | ・有（ 右 左 両 ） |
|         | ・リハビリへの意欲 | ・無               | ・有          |
|         | ・協調性      | ・無               | ・有          |

【経済状況】 ・ ご本人様が現在お受けになられている年金の種類を差し支えなければ下記にご記入ください。

例) 国民年金・共済年金・軍人恩給 等

---



---



---



---



---

【 介護老人保健施設 リーズ 診断書 】

ご利用者氏名：様 性別：（ 男 ・ 女 ）

生年月日：（ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ） 年 月 日 （ 歳 ）

住所： TEL （ ）

| 病 名 | 発症年月日 | 治療継続中 | 治癒または治療中止 |
|-----|-------|-------|-----------|
|     |       |       |           |
|     |       |       |           |
|     |       |       |           |
|     |       |       |           |
|     |       |       |           |

現病歴／既往症 等

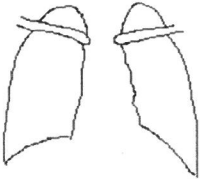
現在の処方内容(内服・外用・点眼など)

|     |     |   |   |     |
|-----|-----|---|---|-----|
| 過敏症 | 薬物  | 無 | 有 | （ ） |
|     | その他 | 無 | 有 | （ ） |

備考

氏名

様

|  |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
|--|--|-------------|-----------|---|---------------------|--------|------|-------|--------|
| 身長   | cm   | 体重          | kg        | 血液型   | A                   | B      | O    | AB    | RH ( ) |
| 血圧 (   | ~  | mmHg)       |           | 脈拍  | / 分                 |        |      | 整     | ・ 不整   |
| 浮腫   | 部位( )  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 血液検査   | 赤血球 ( )  | 白血球 ( )     | 血色素 ( )   |   |                     |        |      |       |        |
|  | 血小板 ( )  | ヘマトクリット ( ) |           |   |                     |        |      |       |        |
|  | 空腹時血糖 (  | mg/dl)      | HbA1c ( ) |   |                     |        |      |       |        |
| * 糖尿病の方はHbA1c検査およびデータ添付の程宜しく願います。  |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| GOT (  | )  | GPT (       | )         | γ-GTP (   | )                   | LDH (  | )    |       |        |
| ALP (  | )  | TP (        | )         | ALB (   | )                   | LDL (  | )    | HDL ( | )      |
| Cre (  | )  | UA (        | )         | BUN (   | )                   | 中性脂肪 ( | )    |       |        |
| Na (   | )  | Cl (        | )         | K (   | )                   | CRP (  | )    |       |        |
| 感染症  | HBs抗原 ( ) ワ氏反応 ( ) HCV抗体 ( ) 緑膿菌 ( )   |             |           |   |                     |        |      |       |        |
|  | MRSA ( ) { 喀痰・創部・尿・便・鼻腔・その他 ( ) }  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 尿検査  | 蛋白 (   | )           | 糖 (       | )   | ウロビリノーゲン (          | )      | 潜血 ( | )     |        |
| 便潜血  | ( + ・ - )  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 皮膚疾患   | 白癬 ( + ・ - ) 疥癬 ( + ・ - ) その他 ( )  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
|  | 褥瘡 ( 無 ・ 有 : 部位 状態 )   |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 心電図所見  | ( 年 月 日 )  |             |           | 胸部レントゲン所見 ( 年 月 日撮影 )   |                     |        |      |       |        |
|  | 正常範囲 ・ 異常所見  |             |           | 正常範囲 ・ 異常所見   |                     |        |      |       |        |
| * 高齢者の方ですので、心電図所見(写し)の添付をお願いできましたら幸いです。入所後の参考資料にさせていただきますので宜しくお願いします。  |  |             |           |  |                     |        |      |       |        |
| ツベルクリン反応   |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| <input type="checkbox"/> 一般食<br><input type="checkbox"/> 特別食 { 糖尿食 ( kcal) ・脂質異常症食 ・胃潰瘍食 ・貧血食 ・肝臓食 ・高血圧減塩食<br>腎臓食 ・痛風食 ・濃厚流動食 ( kcal) ・他 ( ) } |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 備考   |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| ADL  | 移動   | 1.自立        | 2.一部介助    | 3.全介助   | * 自助具使用 ( )         |        |      |       |        |
|  | 排泄   | 1.自立        | 2.一部介助    | 3.全介助   | * おむつ ・ カテーテル ・ ストマ |        |      |       |        |
|  | 食事   | 1.自立        | 2.一部介助    | 3.全介助   | * 食事形態 ( )          |        |      |       |        |
|  | 入浴   | 1.自立        | 2.一部介助    | 3.全介助   | * 特別浴使用 ( )         |        |      |       |        |
|  | 更衣   | 1.自立        | 2.一部介助    | 3.全介助   | * 自助具使用 ( )         |        |      |       |        |
| 精神状態   | ①認知症または精神症状の有無   |             |           |   |                     |        |      |       |        |
|  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
|  | ②具体的な状況  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
|  | <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> (被害)妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 躁鬱<br><input type="checkbox"/> 興奮状態・不穏行動 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食・弄便 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖<br><input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |             |           |   |                     |        |      |       |        |
|  | ③認知症検査など実施していれば記載下さい(結果: 実施日: 年 月 日)   |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 上記の通り診断致しました。  |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 医療機関／施設名   |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 年 月 日 所在地  |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 電 話 ( )  |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
| 医 師 名 科  |  |             |           |   |                     |        |      |       |        |
|  |  |             |           |   |                     |        |      |       | 印      |