

年 月 日

様

介護老人保健施設
かまぐらしるばーほーむ
鎌倉市雪ノ下 1-10-1
TEL : 0467-22-0013

前 略

先日は「介護老人保健施設かまぐらしるばーほーむ」にお問い合わせをいただきまして、誠にありがとうございました。ご案内とお申し込みに必要な書類を添付させていただきましたのでご検討いただければ幸いです。

健康診断書の提出をお願いしております。

健康診断書につきましては、かかりつけの病院などにご依頼いただくか、現在お手持ちの健康診断書のコピーに、血液検査・心電図検査・レントゲン検査の結果が記載されており、診断書記入日から 3 ヶ月以内のものでその期間に病状変化がなければ、そちらをご提出いただいても結構です。なお、複数の病院・診療所から薬をもらっている方は、現在お飲みになっている薬の内容が記載されている説明書をすべての薬の分をご用意ください。

「日常生活動作について」は、現在、ご自宅で過ごされている方は担当ケアマネジャー、または御家族が、入院・入所されている方は病院・施設の職員がご記入くださいますようお願いいたします。

お申し込みからご利用までは、下記のとおりとさせていただきます。

記

① 見 学 ・ 面 談のご予約

書類のご用意ができましたら、予約のご連絡をいただけますよう、お願いいたします。午前 9 時から午後 5 時ごろまでのご希望の日時をお知らせください。

② 見 学 ・ 面 談

ご予約いただいた日時にお越しくください。ご本人（可能な方のみ）、ご家族に、施設の中をご覧いただいた後、担当者がお話を伺いいたします。

当日は、1) 申込書、2) 健康診断書、3) 日常生活動作について をお持ちください。

③ 判 定

施設内で判定会議を開き、ご利用いただけるか否かの検討をいたします。結果はいずれに関わらずお知らせいたします。

④ 利用開始

ご希望のサービスを、お約束の日時より開始いたします。

ご質問などがございましたら、お気軽にお申し出ください。

草々

利用申込書

かまぐらしるばーほーむ 殿

*利用予約受付日			令和	年	月	日	*利用予約担当者		
利用者 フリガナ 氏名					男女	生年月日	年齢 才日		
						明治、大正、昭和	年	月	日
利用者 住所	〒					電話番号 () -			
申込者 フリガナ 氏名					男女	利用者との関係			
申込者 住所	〒					電話番号 () -			
保証人 フリガナ 氏名					男女	利用者との関係			
保証人 住所	〒					電話番号 () -			
希望サービス	1. 入所 2. ショートステイ 3. デイケア								
希望理由					家族 構成	氏名	年齢	続柄	
希望期間									
退所後生活 (具体的に)									
後期高齢者 医療被保険 者証	被保険者番号								
	保険者番号								
介護保険証	被保険者番号				要介護度	認定の期間 年 月 日～ 年 月 日			
	保険者番号								
身体障害者手帳	() 級) 第 種				取得年月日 () 年 月 日)				
介護支援専門員	所属				氏名				

現在の主病名	1.	過去の患った 主な病名	1.	入院の有無
	2.		2.	
	3.		3.	有無
現在受診中の医院・病院名		内 整 耳 鼻 外 形 尿 科 脳 眼 器 外 精 神 其 他 先生		
チェック	他のサービスの利用状況	機関名	利用頻度と利用曜日	
	訪問介護			
	訪問看護			
	訪問入浴			
	訪問リハビリ			
	在宅医療・往診			
	デイケア・デイサービス			
	短期入所		前回利用期間	年 月～ 年 月
	老人保健施設		前回利用期間	年 月～ 年 月
	その他			
居室希望	4人部屋 ・ 2人部屋（加算有） ・ どちらでも可能			
私物洗濯希望	クリーニング（有料） ・ 家族による洗濯			
特記事項 特に知らせたいこと				

記入のご案内と申し込み後の予定

- ・ 希望サービスは現時点での希望をチェックして下さい。
- ・ 続柄は利用者に対しての
関係です。 例 嫁→長男の妻
- ・ 同一氏名、住所が続く場合は同上で構いません。
- ・ 保証人は、支払いを保証できる方です。
- ・ *の欄は記入しないで下さい。
- ・ 当施設の見学、相談は随時お受けしております。
- ・ 通常申し込まれてから入所まで数ヶ月かかることもあります。
- ・ 状況によっては、前施設退所に間に合わないこともございますので予めご了承下さい。
- ・ ご利用が決まりましたら、ご連絡させていただきます。


介護老人保健施設 かまくらしるばーほーむ

TEL (0467) 22-0013

令和6年4月1日

介護老人保健施設利用のための「健康診断書」

介護老人保健施設
かまくらしるばーほーむ

ふりがな 氏名	様 男・女	生年月日 明・大・昭	年	月	日	歳
住所						
病名および発症年月日			現在の処方内容 (全科のもの、点眼薬も含む)			
1.	年	月	日			
2.	年	月	日			
3.	年	月	日			
既往歴および発症年月日						
1.	年	月	日			
2.	年	月	日			
3.	年	月	日			
現在の病気の経過			感染症 検査日 年 月 日 (実際に行った日付を記入して下さい) MRSA () 部位 () HBs抗原 () HCV抗体 () 梅毒凝集法 () TPHA () 疥癬 () その他 ()			
心 身 の 状 態	障害性老人の日常生活自立度 (正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2)		尿検査 検査日 年 月 日 蛋白 () 糖 () 潜血 ()			
	認知症性老人の日常生活自立度 (正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) (参考)長谷川式簡易認知症スケール 点		血液化学検査 検査日 年 月 日			
	検査日 年 月 日		白血球数		総蛋白	
			赤血球数		アルブミン	
身 体 の 状 態	1. 血圧 / 身長 (cm) 体重 (kg)		ヘマトクリット クレアチニン			
	2. 不整脈 無・有 3. 誤嚥 無・有		血小板数 AST(GOT)			
	4. 麻痺 無・有 ()		空腹時血糖 ALT(GPT)			
	5. 四肢拘縮 無・有 ()		HbA1c 総コレステロール			
	6. 難聴 無・有 7. 言語障害 無・有		CRP 中性脂肪			
	8. 視力障害 無・有 (高度・中度・軽度・年相応)		薬物アレルギー 無・有 ()			
	9. 褥瘡 (部位:)		食物アレルギー 無・有 ()			
	10. 認知症 無・軽度・中等度・高度 (妄想・幻覚・奇声・独語・徘徊・その他)		心電図 検査日 年 月 日 所見			
	※その他、入所の処置変更の必要性、検査の必要性等について、 主治医のご意見をご記入下さい。		(注:最近の検査データを添付又はご記入願います。出来ましたら1ヶ月以内)			
			胸部X線写真 検査日 年 月 日 心胸郭比 () % 所見  結核の既往 無・有			

令和 年 月 日

名称
所在地
医師氏名

印

日常生活動作調査表

介護老人保健施設
かまくらしるばーほーむ

利用希望者名	様	年齢	歳	男・女
体重	kg	身長	cm	介護度
日常生活自立度		認知症の程度		要支援・要介護 ()
				長谷川式HDS-R 点

1. 食事・水分摂取について

食種	常食 制限食(糖尿病食) カロリー/減塩食 g/その他			
形態	主食	米飯 全粥 ミキサー		
	副食	形 刻み 極刻み ミキサー		
補食	高カロリー補食(有・無) おやつ(有・無) その他()			
摂取方法	自立 一部介助 全介助 / エプロン(使用・未使用)			
	箸 スプーン 自助具 / コップ 吸い飲み ストロー付			
嚥下(飲み込み)	できる むせ込みあるもできる 見守り(指示も含む) できない とろみ使用(無・有)			
義歯	無・有(上・下 / 部分義歯・総義歯)			
備考				

2. 排泄について

尿意	ある 時々ある ない			
便意	ある 時々ある ない 便秘			
排泄(日中)	方法	自立 失敗するも自分で出来る 連れて行けばできる トイレにて一部介助が必要 常にオムツ 人工肛門造設 留置カテーテル		
	場所	トイレ ポータブルトイレ 尿器 その他()		
	おむつ種類	紙オムツ リハビリパンツ パット フラット 布パンツ		
	回数	尿 回		
排泄(夜間)	方法	自立 失敗するも自分で出来る 連れて行けばできる トイレにて一部介助が必要 常にオムツ 人工肛門造設 留置カテーテル		
	場所	トイレ ポータブルトイレ 尿器 その他()		
	おむつ種類	紙オムツ リハビリパンツ パット フラット 布パンツ		
	回数	尿 回		
備考				

3. 入浴について

洗身	自立 一部介助 全介助()			
洗髪	自立 一部介助 全介助()			
浴槽	一般浴 特殊浴 清拭のみ シャワーのみ()			
備考				

4. 洗面・更衣・口腔について

洗面	自立 見守り指示 一部介助 全介助()			
更衣	上	自立 見守り指示 一部介助 全介助 / 衣類の準備(できる・できない)		
	下	自立 見守り指示 一部介助 全介助 / 衣類の準備(できる・できない)		
口腔	自立 見守り指示 一部介助 全介助 / 義歯の管理(できる・できない) 歯ブラシ(する・しない・うがいのみ) / 義歯の洗浄剤(使用・未使用)			
備考				

5. 基本動作について

寝返り	自立 一部介助 全介助	座位	長時間可 ずり落ちる 座れない
起き上がり	自立 一部介助 全介助	補装具	無・有(種類)
立位	自立 つかまれば立てる(自立・一部介助)	一部介助	全介助
移乗	自立 一部介助 全介助		
移動	歩行：つかまれば歩ける(杖・歩行器・つたい歩き・シルバーカー・他) 車椅子(持参・施設用) / 自操(可・不可) / 安全ベルト(無・有)		
事故の危険性	無・有(内容： 頻度) ベッド柵の使用 無・有(種類 、 本)		
リハビリ実施	無・有(PT・OT・ST・その他)		
備考			

6. 医療について

麻痺の有無	無 有 (部位)
拘縮	無 有 (部位)
床ずれの有無	無 有 (部位 大きさ・程度)
皮膚疾患	無 有 (部位 大きさ・程度)
エアーマット	無 有
常時使用薬剤	内服薬 無 有 ()
	外用薬 無 有 ()
備考	

7. 心理・社会面について

視力	右	普通 見えにくい 見えない / 眼鏡 (使用・不使用)
	左	普通 見えにくい 見えない / 眼鏡 (使用・不使用)
聴力	右	普通 聞こえにくい 聞こえない / 補聴器(使用・不使用) / 自己管理(可・不可)
	左	普通 聞こえにくい 聞こえない / 補聴器(使用・不使用) / 自己管理(可・不可)
コミュニケーション	会話 ・ 身振り ・ 筆談	
	自発的にする 声をかけられればする 全くしない(できない)	
意思疎通	問題なし ・ ある程度可能 ・ 困難	
情緒	普通 時々不安定 不安定 表出しない	
意欲	普通 気が向けば 指示があれば 無関心	
私物の整理	できる しまった事を忘れる 他人の物と区別できない できない	
睡眠	睡眠状態(よく眠れる・時々起きる・頻繁に起きる・眠れない) 眠剤(要・不要) 昼夜逆転(有・無) 夜間声出し・寝言等(有・無)	
ナースコール	自ら押す 押さない 押せない	
備考		

8. 認知症の程度。症状について

今いる場所は	わかる 時々間違える 何時も間違える 分からない
時間は	わかる 時々間違える 何時も間違える 分からない
問題行動	徘徊 帰宅願望 暴言 暴力 大声 奇声 独語 盗食 異食 過食 幻覚 妄想 不潔行為 放尿 排便 収集癖 介護拒否 性的行動 健忘 重ね着 脱衣行為 夜間不穏 見当識障害
上記行動の詳細	

令和 年 月 日

職員：介護・看護・他 ()

記入者

家族、続柄 ()

令和6年4月1日