

入所利用希望の皆様へ

(老人保健施設 ひらの)

入所の利用に際して書類を1式同封いたします。

《書類1式》

利用申し込み書

(本人または家族の方が記入のうえご返送ください)

診療情報提供書

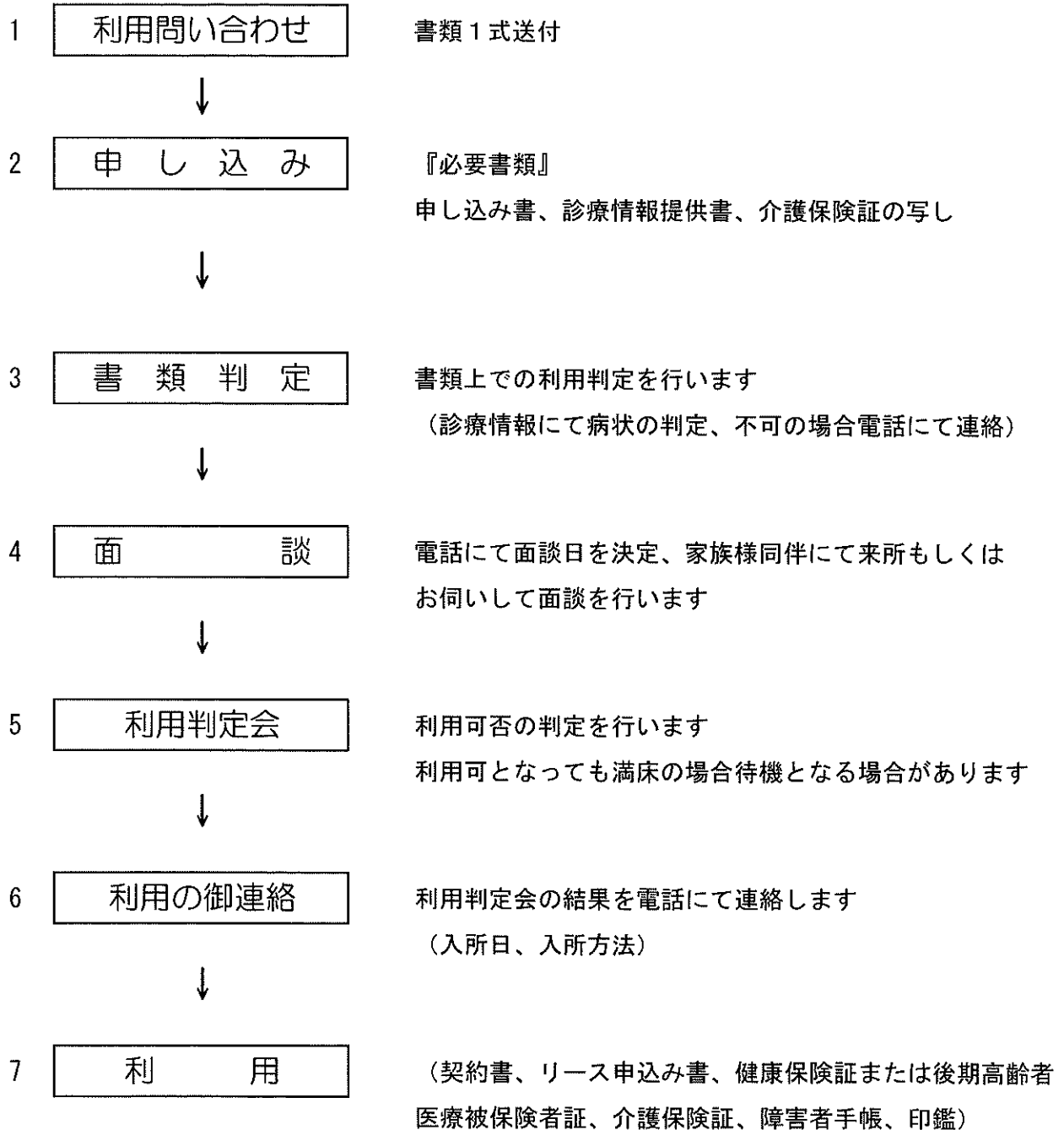
(かかりつけのお医者さんに記入していただいて、ご返送
ください。)

《利用までの流れ》

利用申し込み書、診療情報提供書、介護保険証の写しが到着
しだい、施設のほうからご連絡いたします。(面談日の設定)
面談を行った後に利用の判定会を行い、可否を後日連絡
いたします。(利用開始日、時間等の決定)

利用申し込みの流れ

(老人保健施設 ひらの)



診療情報提供書

老人保健施設 ひらの

フリガナ		性別	生年月日		
氏 名		男・女	明治 大正 昭和	年 月 日	(歳)
住 所 〒 —					
TEL () —					
主たる病名		主な障害の経過及び病状			
他の既往症					
療養生活上の留意事項					
心身の 状態	・薬物アレルギー	無・有()			
	・運動障害	無・有()			
	・知覚障害	無・有()	・言語障害	無・有()	
	・視力障害	無・有()	・聴力障害	無・有()	
	・認知症	無・有(Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M【問題行動Ⅰ】)			
	・褥 創	無・有(部位と程度())			
	・血圧 / mmHg	・体重 kg	・栄養状態 良 中等度 不良		
各種 検査	※感染症	・HBS抗原(－・＋) ・HCV抗体(－・＋) ・ワ氏反応(－・＋) ・MRSA(－・＋【保菌・感染】【部位Ⅰ】) ・疥癬 無・有			
	※一般検尿	異常なし・所見あり()			
	※一般検血	異常なし・所見あり()			
	※生化学(肝機能, BUN, Cr, CRP, アルブミン, その他)	・恐れ入りますがデータの添付をお願いします			
		異常なし・所見あり()			
	※心電図	異常なし・所見あり()			
	※胸部X-P	異常なし・所見あり()			
	CT(頭部)	異常なし・所見あり()			
	CT(腹部)	異常なし・所見あり()			
その他	()				
処方 内容					
所在地 〒 — 令和 年 月 日					
医療機関名					
TEL					
FAX					
医師名 印					

(※の検査は必須でお願い致します)

利用申し込み書

老人保健施設 ひらの

申込日 令和 年 月 日 ()				1. 入所 2. 短期入所(希望期間 月 日～ 月 日) 3. デイケア(希望曜日 月・火・水・木・金)	
利用者	フリガナ			男・女	明・大・昭 年 月 日生 才
	氏 名				
	住 所	〒		要介護度 電話番号	
申込者	フリガナ			続柄()	電話番号
	氏 名	印			
	住 所	〒		緊急連絡先	
同居者の状況	氏 名	性別	年齢	続柄	利用の理由
近親者の状況	氏 名	性別	年齢	続柄	住所・連絡先など
現在の状況	1. 入院中 (病医院名 年 月より入院中) 2. 施設入所中(施設名 年 月より入所中) 3. 自宅				
かかりつけ医 無・有 医院() 医院()				現在利用されているサービス ・ 短期入所 ・ 訪問診察 ・ デイサービス(デイケア) ・ 訪問看護 ・ 入浴サービス ・ 訪問介護 ・ 給食サービス ・ 訪問リハビリ	
当施設退所後の予定 ・ 家庭 ・ 病院 () ・ 他施設() ・ その他()				紹介経路	

●利用者の現在の状況について、あてはまる事項すべてご記入下さい。

日常生活動作等について	一人で座れますか	1. 可 能 2. 一部介助 3. 不可能 4. 座ったままでの維持(可・不可)
	一人で立てますか	1. 可 能 2. 一部介助 3. 不可能 4. 立ったままでの維持(可・不可)
	歩 行	1. 自 立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 5. 自助具(杖・歩行器・老人車) 6. 車イス(自走・介助)
	移 乗	1. 自 立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
	食 事	1. 自 立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 1. 箸 2. スプーン 3. その他() 1. 普通食 2. 粥 食 3. 刻み食 4. ミキサー食 ・ 昼食時の服薬 (無 ・ 有)
		1. 自 立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 1. 尿意がある 2. 尿意は無い 1. トイレ 2. ポータブルトイレ 3. 尿器 4. オムツ 5. その他()
	入 浴	1. 自 立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
	更 衣	1. 自 立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
心身の状況などについて	視 力	1. 普 通 2. 見えにくい 3. かなり見えにくい 4. 見えない 5. 眼 鏡(無・有)
	聴 力	1. 普 通 2. 聞こえにくい 3. 聞こえない 4. 補聴器 無・有(右・左・両側)
	会 話	1. 普 通 2. 少しわかりにくい 3. わかりにくい 4. 話せない
	歯	1. 自分の歯 2. なし 3. 入れ歯(上・下・部分) 4. 入れ歯の手入れ(可・不可)
	睡 眠	1. 良 い 2. 悪 い 3. 薬を使っているか(無・有)
認知症などについて	I. 認知症無し II. 日常生活に支障のない程度の認知症である III. 日常生活に支障を来す認知症がある	
	1. 服薬管理が出来ない 2. 自分のいる場所がわからない 3. むやみに物を集める	
	4. たびたび道に迷う 5. 外へでていくと戻れない 6. 歩けないのに歩こうとする	
	7. 直前の事を忘れる 8. 理解できないが相づちを打つ 9. 問いかけに言葉・表情の反応がない	
	10. 人のものを食べてしまう 11. 食べ物以外のものを食べてしまう 12. お風呂に入りたがらない	
	13. 介護への抵抗がある 14. 他人の物と自分の物の区別がつかない 15. 特定の物のこだわりがある	
	16. 排泄物を触ることがある 17. 暴言・暴行がある 18. 大声・奇声を出す	
● 家庭での問題点などご記入下さい。		

確 認	日時: 令和 年 月 日()AM・PM 時
	方法: 直接 ・ 電話 ・ その他() 担当者:
	本人 ・ 家族 ・ 本人と家族 ・ 居宅支援及び担当者()・その他()