

入所 申し込みに必要な書類

お申込みされる際は、下記の書類をご提出下さい。

- ① はくちょう利用申込書 ※ご家族の方が記入して下さい。
- ② 診療情報提供書 ※主治医の方に提出して下さい。
- ③ アセスメント表 ※ケアマネージャー・看護師・ご家族等が記入して下さい。
- ④ 介護保険証と介護保険負担割合証のコピー
- ⑤ 介護保険負担限度額認定証（所持されている方のみ）のコピー
ご不明の場合は、各自治体の介護保険課へお問い合わせ下さい。

申し込みの流れ

相談 ・ お問い合わせ ・ 見学

必要書類の準備

面談 → 入所判定会議

ご契約

入所

◇お問い合わせ先はこちらになります
介護老人保健施設 はくちょう
〒114-0014 北区 田端 3-18-24
TEL: 03-3827-1020
FAX: 03-3827-1029

支援相談員まで



介護老人保健施設 はくちょう 申込書 (入所)

申込日 年 月 日

| | | | | |
|-------|---------|----------------|-----|-------------------|
| 入所希望者 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | 男・女 | MTS 年 月 日 (歳) |
| | 住所/電話番号 | 〒 自宅TEL () | | |

| | | | | | |
|-----------|---------|--------------------------|-----|----|----|
| 申込者(連絡窓口) | フリガナ | | 性別 | 年齢 | 続柄 |
| | 氏名 | | 男・女 | 歳 | |
| | 住所/電話番号 | 〒 自宅TEL () 携帯TEL () | | | |

| | | | | |
|-----|----|-----|----|----|
| 連絡先 | 氏名 | TEL | 続柄 | 年齢 |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | | |
|----|------|---|---------------|-----|-------|
| 保険 | 介護保険 | 要支援 1・2 | 要介護 1・2・3・4・5 | 申請中 | 区分変更中 |
| | | 認定有効期限 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | | 負担割合 | 1割 2割 3割 | | |
| | | ケアマネージャ | 無・有(事業所名:)氏名 | | |
| | 健康保険 | <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社会保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護 生活保護の場合 担当: 連絡先: | | | |

| | | | | | |
|-------|--------------------------------|--|---|-----|--------|
| 現在の状況 | 経済状況 | <input type="checkbox"/> 年金(円/月) <input type="checkbox"/> その他収入あり <input type="checkbox"/> 年間収入(円) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 自宅で生活 | 住居の状況 | <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 独居・同居 <input type="checkbox"/> その他(エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) | | |
| | <input type="checkbox"/> 入院中 | 医療機関名 | | 入院日 | 年 月 日~ |
| | | 病名 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設利用中 | 施設名 | (一般棟・認知棟) | | |
| | 入所日 | 年 月 日 | | | |

| | | | | | | | |
|------|------------------|----|----|----|----|-------|-------|
| 家族構成 | 入所希望者の配偶者・子すべて記入 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 職業 | 同居の有無 | ※施設記入 |
| | | | | | | 同居・別居 | |
| | | | | | | 同居・別居 | |
| | | | | | | 同居・別居 | |
| | | | | | | 同居・別居 | |
| | | | | | | 同居・別居 | |
| | | | | | | 同居・別居 | |

| | | | |
|----|--------|---|--|
| 希望 | 入所希望理由 | <input type="checkbox"/> 独居生活不可能 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護疲労 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 今後の方向性 | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 (特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム・その他) () | |

| | |
|-------|--|
| その他希望 | |
|-------|--|

診療情報提供書

令和 年 月 日

介護老人保健施設 はくちょう

担当医 浦上 高弘 行

TEL : 03-3827-1020

FAX : 03-3827-1029

紹介元医療機関名

所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

| | | | | | | | | |
|------|---|----|-------|-------|---|---|-----|----|
| 患者氏名 | 様 | 性別 | 男 ・ 女 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生(| 歳) |
| 患者住所 | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | 職業 | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主病名 | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | |
|-----------|---------------|---------------------------|
| 要介護状態等区分: | 要支援 (1 ・ 2) | 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) |
|-----------|---------------|---------------------------|

| | |
|-----------------|-----------------------|
| 症状経過、検査結果及び治療経過 | 既往歴 |
| 現在の処方 | 現状の問題点・課題(今後予想されるリスク) |

| | | |
|----------------|--|--------------------------------------|
| リハビリテーションの目的 : | <input type="checkbox"/> 在宅生活維持 | <input type="checkbox"/> ADL向上・ADL維持 |
| : | <input type="checkbox"/> 心身機能向上・心身機能維持 | <input type="checkbox"/> () |
| 開始前・実施中の留意事項 : | <input type="checkbox"/> 転倒に留意 | <input type="checkbox"/> 血圧上昇に留意 |
| : | <input type="checkbox"/> Spo2低下に留意 | <input type="checkbox"/> () |
| 中止する際の基準 : | <input type="checkbox"/> 血圧____以上/____以下 脈拍____以上/____以下 Spo2____以下で中止 | |
| : | <input type="checkbox"/> 日本リハビリテーション医学会の中止基準に準じる | |
| 利用者に対する負荷 : | <input type="checkbox"/> 脈拍数____まで | <input type="checkbox"/> _____METsまで |
| : | <input type="checkbox"/> 自覚的運動強度____まで | <input type="checkbox"/> () |

介護老人保健施設はくちょう

(1) 日常生活の自立度等について

障害高齢者の日常生活自立度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者の日常生活自立度 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(認知度以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知度の周辺症状 (該当する項目全てチェック : 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無 有
↳ 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
 火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

* 検査値は3ヶ月以内の数値を記入してください

【 検査所見 】

施行日 令和 年 月

| | | | | | | |
|----|---------|------------------|------------|------|--------|-------|
| 尿 | 糖 | | 総蛋白質 | g/dL | BUN | mg/dL |
| | 蛋白 | | ALB | g/dL | Cr | mg/dL |
| | 潜血 | | AST(GOT) | U/L | Na | mEq/L |
| 血液 | 白血球数 | /mm ³ | ALT(GPT) | U/L | K | mEq/L |
| | 赤血球数 | /mm ³ | ALP | U/L | C1 | mEq/L |
| | ヘモグロビン | g/dL | LD(LDH) | U/L | 血糖 | mg/dL |
| | ヘマトクリット | % | γ-GT(γGTP) | U/L | HbA1c | *1 % |
| | 血小板数 | /mm ³ | | | PT-INR | *2 |

*1 糖尿病の既往がある場合
*2 ワーファリンを服用されている場

* 印の項目については6ヶ月以内の検査値を記入してください

| | | | | | |
|--------|-------|------------------|-----------|---------|--|
| TPHA * | | HBs抗原 * | | HCV抗体 * | |
| 疥 癬 | + · - | 結核性疾患 | + · - () | | |
| MRSA | + · - | 検 体 (咽頭 · 喀痰 · 他 |) | | |

胸部X-P所見 (検査日: 令和 年 月 日) 心電図所見 (検査日: 令和 年 月 日)

異常なし 異常なし
 異常あり [] 異常あり []

肺炎球菌ワクチン予防接種 無 有 (年 月 日)

身長 cm 体重 kg 血圧 /

【 特記事項 】

.....
.....

※ 処方、検査等の内容はデータのコピーでも結構です。

日常生活について

| | | | | |
|------|--------------------------|----------|------|--|
| 氏名 | | 男・女 様 | 要介護度 | 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳) | | | 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 |

| | | | | |
|----|----|----|----|--|
| 身長 | cm | 性格 | 職歴 | |
| 体重 | kg | 趣味 | 嗜好 | 飲酒 <input type="checkbox"/> 有 (本 / 日・年間) <input type="checkbox"/> 無 喫煙 <input type="checkbox"/> 有 (本 / 日・年間) <input type="checkbox"/> 無 |

| | | | | | | | |
|-------------|------|---|--|--|-------------------------------|------------------------------|--|
| A D L | 移動 | 内容 | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 補助用具 (シルバーカー・歩行器・その他:) | | | | |
| | | 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 | | | | |
| | | 操作 | <input type="checkbox"/> 自操可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| | | 寝返り | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 柵につかまれば可 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| | | 起き上がり | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| | | 座位保持 | <input type="checkbox"/> 可 (時間程度) <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| | | 立位保持 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可 | | | | |
| | | 転倒落の既往 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | | コメント | | | | | |
| | 睡眠 | 睡眠時間 | 時間 | | | | |
| | | 内容 | <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 | | | | |
| | | 状況 | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用 (使用薬剤:) | | | | |
| | | コメント | | | | | |
| | 摂食 | 食事 | 内容 | 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 (粥) <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ 治療食: <input type="checkbox"/> 有 (減塩食・糖尿病食・その他: _____ 食 / Nacl g : kcal) <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| | | | 介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| 摂取量 | | | 主食: 割 / 副食: 割 | | | | |
| 使用物品 | | | <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 吸い飲み <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自助具 (本人持参・施設食器 / 使用具:) | | | | |
| むせ込み | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 嚥下 | | | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難 (トロミ剤使用 / 有・無) | | | | |
| アレルギー | | | <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| 食思 | | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| コメント | | | | | | | |
| 口腔 | | | 内容 | <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯 (部分入歯・総入歯 / 自歯 本あり) <input type="checkbox"/> 自歯も義歯もない | | | |
| | 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 | | | | | |
| | コメント | | | | | | |
| 排泄 | 日中 | 日中 | <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"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | | 夜間 | <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"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿便器 <input type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | | 失禁 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | | 頻度 | 日中: 回程度 / 夜間: 回程度 | | | | |
| | | コメント | | | | | |
| 更衣 | 内容 | ◆上衣の着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | | ◆下衣の着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| 清潔 | 内容 | ◆ボタンのかけはずし | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | | ◆靴下の着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| リハビリ | 実施内容 | 内容 | <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 入浴不可 <input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回 / 週・月) | | | | |
| | | 介助 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | |
| | | コメント | | | | | |
| リハビリ | 実施内容 | 状況 | | | | | |
| | | コメント | | | | | |

心身の状態について

| | | | | | | | |
|-------|-------|--|------|---|---------|---------------|------------------------------|
| 心身の状態 | 麻痺 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 部位 | <input type="checkbox"/> 上肢(右・左) <input type="checkbox"/> 下肢(右・左) | 状態 | | |
| | 関節拘縮 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 部位 | <input type="checkbox"/> 右(肩・肘・手・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 左(肩・肘・手・股・膝・足) | 状態 | | |
| | 言語障害 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 程度 | <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 発語不能 <input type="checkbox"/> その他() | 状態 | | |
| | 聴力障害 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 部位 | <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 | 状態 | | |
| | | | 補助用具 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 視力障害 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 補助用具 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> その他() | 状態 | | |
| | 意思の疎通 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | 状態 | | | | |
| | 精神症状 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 状態 | | | | |
| | 認知症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 程度 | <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 | 認知関連データ | HDS-R MMSE | 点(年 月 日実施) 点(年 月 日実施) |
| | 認知機能 | 周辺症状 | | 状態 | 周辺症状 | | 状態 |

| | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 被害妄想 | | <input type="checkbox"/> 収集癖 | |
| <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 | | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 | |
| <input type="checkbox"/> 落ち着きがない | | <input type="checkbox"/> 徘徊 | |
| <input type="checkbox"/> 作り話をする | | <input type="checkbox"/> 帰宅願望 | |
| <input type="checkbox"/> 同じ話を何度もする | | <input type="checkbox"/> 不潔行為 | |
| <input type="checkbox"/> 幻聴・幻視 | | <input type="checkbox"/> 異食・盗食 | |
| <input type="checkbox"/> 大声を出す | | <input type="checkbox"/> 破損行為 | |
| <input type="checkbox"/> 一人で出たがる | | <input type="checkbox"/> 性的トラブル | |
| <input type="checkbox"/> 感情不安定 | | <input type="checkbox"/> 無関心な状態 | |
| <input type="checkbox"/> 介護抵抗 | | <input type="checkbox"/> その他 | |
| コメント | | | |

余暇の過ごし方(テレビ観賞・囲碁・将棋・昼寝など、日中の過ごし方を記入してください。)

【特記事項】

【施設名】: < 病院・施設・居宅支援事業所・その他 () >

【記載日】: 年 月 日 【記載者】職名: / 氏名: