

年 月 日

様

介護老人保健施設ゆめが丘
横浜市泉区和泉町 1202
TEL : 045-800-1717
担当 : 支援相談員

前略

先日は「介護老人保健施設 ゆめが丘」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す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。当施設では横浜市統一の「健康診断書」を採用しておりますので、同封の健康診断書を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ージャー、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。

なお、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。日曜、祭日を除く午前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、担当者がお話をお伺いいたします。

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

ゆめが丘 利用申し込み書

利用希望者 _____ は重要事項説明書に同意の上、利用を希望します。

申込日 年 月 日

申込者 (続柄)

※欄は必ずご記入ください

※ご利用になる方	フリガナ お名前	男 ・ 女	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 歳
	ご住所 〒			
	お電話			
※ご家族の 代表者 (保証人)	フリガナ お名前	利用される方とのご関係 利用される方の ()		
	ご住所 〒			
	お電話 携帯番号	メールアドレス (PC・携帯) @		
	勤務先名称 電話番号			
ご希望の サービス	<input type="checkbox"/> 入所 部屋のご希望: <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい 【退所後のご予定】 1) 自宅に帰る 2) 施設入所 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 申し込み中 <input type="checkbox"/> 検討中 (施設名:) 3) 入院 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 申し込み中 <input type="checkbox"/> 検討中 (病院名:) 4) 未定			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ 部屋のご希望: <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい <input type="checkbox"/> デイケア ご希望の回数: 週に 回 ご希望の曜日: 月・火・水・木・金・土			

緊急連絡先 ※必ず保証人以外に1名以上の連絡先をご記入願います	1	<input type="checkbox"/> 保証人と同じ（記入省略） <input type="checkbox"/> 保証人と異なる(下記のとおり)	
		お名前 利用される方の（ ）	
		ご住所 〒	
		お電話 携帯番号	メールアドレス（PC・携帯） @
		勤務先名称 電話番号	
	2	お名前 利用される方の（ ）	
		ご住所 〒	
		お電話 携帯番号	メールアドレス（PC・携帯） @
		勤務先名称 電話番号	
現在の生活の場	1. 自宅で療養中（主な介護者は、利用される方の： ） 2. 入院中（ 年 月より、病院名： ） 3. 施設に入所中（ 年 月より、施設名： ） 4. その他（ ）		
要介護認定について	1. 認定を受けている （要介護度： <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ） 2. 新規申請中（申請日： 月 日） 3. 区分変更中（申請日： 月 日） 4. これから申請する		
ケアマネジャーについて	1. 決まっている （事業者： ） （担当ケアマネジャー名： ） 2. 決まっていない		
利用となった場合に、請求書を送付する先	<input type="checkbox"/> 利用者宅(記入省略) <input type="checkbox"/> 保証人宅(記入省略) <input type="checkbox"/> その他(下記のとおり)		
	お名前 利用される方の（ ）		
	ご住所 〒		

日常生活動作について（介護老人保健施設ゆめが丘・かまくら・リハビリケア湘南かまくら共通）

ご利用者様の現在の日常成果について、あてはまる事項を○で囲んでください

記入日 年 月 日

ご利用者 様 続柄（ ）

項目	体格	身長	cm	体重	kg	測定日	年	月	日	
既往歴										
硬縮・麻痺										
歩行	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ つたい歩き / ふらつき（あり なし）						外出	している・していない		
車椅子	操縦 ; (自分でできる・短距離可・見守り・全介助) / リクライニング車椅子 (要・不要)									
	移乗 ; (自分でできる・少し手伝う・見守り・全介助)									
起居動作	座位保持 ; (1時間以上 可 ・ 30分位可 ・ 不可)									
	起き上がり ; (自分でできる ・ 見守り ・ 少し手伝う ・ 全介助)									
	立ち上がり ; (自分でできる ・ 見守り ・ 少し手伝う ・ 全介助)									
	立位保持 ; (自分でできる ・ 見守り ・ 少し手伝う ・ 全介助)									
食事	自分でできる ・ 途中から手伝う ・ 全介助 ・ お箸 ・ スプーン ・ 自助具						胃ろう			
	主食 ; (米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ペースト)									
	副食 ; (普通 ・ 一口大 ・ キザミ ・ キザミとろみ ・ ペースト)									
	水分とろみ ; (要・不要) / むせこみ(無・有⇒ 吸引 無 ・ 有 ⇒ 回/日)									
	食事摂取量 ; (全量摂取 ・ 8割以上 ・ 半分程度 ・ 半分以下 ・ もともと小食)									
	制限食 ; キロカロリー/ 減塩 g						その他制限			
	アレルギー ; (無 ・ 有 ⇒)									
	食べられない食材 ; (無 ・ 有 ⇒)									
排泄	牛乳 ; (飲める ・ 飲めない ⇒ ヨーグルトで代用 ・ ジュースで代用)									
	日中 ; 自立 (トイレ・ポータブル・尿器) / 時間を決めて誘導 ・ 訴え時介助 ・ オムツ [下着 ・ リハビリパンツ・ 尿とりパット・ パルーンカテーテル・ ストマ使用]									
	夜間 ; 自立 (トイレ・ポータブル・尿器) / 時間を決めて誘導 ・ 訴え時介助 ・ オムツ [下着 ・ リハビリパンツ・ 尿とりパット・ パルーンカテーテル・ ストマ使用]									
	尿意 ; (有 ・ 無) 便意 (有 ・ 無) 失禁 ; (たびたびあり ・ 時々あり ・ なし)									
整容	自分でできる ・ 声をかければできる ・ 少し手伝う ・ 全介助									
更衣	自分でできる ・ 声をかければできる ・ 少し手伝う ・ 全介助									
入浴	自分でできる ・ 少し手伝う ・ 全介助/ 施設入所の方 ; 一般浴 ・ 中間浴 ・ 特浴									
視力	日常生活に支障はない ・ 見えにくい ・ 輪郭が見える ・ 見えない(右・左) / 白内障・緑内障									
聴力	日常生活に支障はない ・ 大きな声で聞こえる ・ 聞こえない / 補聴器(不使用・使用 ⇒ 右・左)									
言語	明瞭 ・ 不明瞭だが聞こえる ・ 不明瞭 ・ 単語レベル ・ なし									

睡眠	良眠 ・ 浅眠 ・ 不眠 / 眠剤（使う ・ 使わない）	
皮膚疾患	褥瘡（ 無 ・ 有 ⇒ 部位 / ステージ I ・ II ・ III ・ IV ・ U / 大きさ 縦 mm × 横 mm × 深さ mm / その他（ ）	
インシュリン	無 ・ 有 ⇒ 薬剤名（ ） 単位 朝 昼 夕	
認知症	物忘れが目立つ	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	周りの事に無関心である	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	同じ事を何度も何度も聞く	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	自分がいる場所を答えることができない	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	食事をしたことを忘れる	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	他の人の食事を食べようとする	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	食べられないものを口にする	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	昼と夜が逆転している	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	自分の部屋、トイレの場所がわからない	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	同じ動作を何度も繰り返す	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	明らかな理由なしに物をため込む	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	引き出しやたんすの中身を全部出してしまう	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	夜間に不可解な行動 ・ 言動がある	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	⇒ どういう時に不可解な言動 ・ 行動ありますか？（ ）	
	あてもなく歩き出そうとする ・ 歩く	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	物を盗られたなど、被害的になることがある	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	物や衣類を壊したり破いたりすることがある	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	暴力（殴る/蹴る ・ 噛みつく ・ ひっかく ・ つねる）	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	⇒ どういう時に暴力が見られますか？（ ）	
	周囲が迷惑している性的行動がある	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	大声を出す	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	どういう時に大声が聞かれますか？（ ）	
	すすめても入浴しない	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	世話をされるのを拒否する ・ 抵抗する	よくある ・ 時々ある ・ まれにある ・ ない
	⇒ どういう時に拒否 ・ 抵抗がありますか？（ ）	
身体拘束	無 ・ 有 ⇒ ベッド4点柵 ・ ベッド上体幹拘束 ・ ミトン ・ つなぎ服 ・ センサー使用 ・ 車椅子安全ベルト その他（ ）	
特記事項		

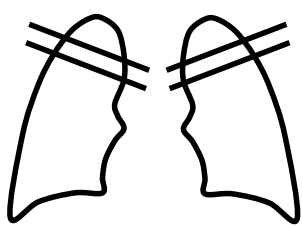
健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名		男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
住所	TEL		

病名		既往歴	
症状経過		処方内容	

(身長 cm)(体重 kg)(血圧 / mmHg)(脈拍 回/分)																													
検査所見 【検査日 年 月 日】	胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">尿</td> <td style="width: 15%;">蛋白質</td> <td style="width: 15%;">-</td> <td style="width: 15%;">±</td> <td style="width: 15%;">+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>糖</td> <td>-</td> <td>±</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>潜血</td> <td>-</td> <td>±</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">感染症</td> <td>H B s</td> <td>抗原精密</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>H C V</td> <td>抗体</td> <td>-</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>疥癬</td> <td></td> <td>-</td> <td>+ 部位()</td> </tr> </table>	尿	蛋白質	-	±	+		糖	-	±	+		潜血	-	±	+	感染症	H B s	抗原精密	-	+	H C V	抗体	-	+	疥癬		-	+ 部位()	<p style="text-align: center;">所見</p>  <p style="text-align: center;">異常あり・異常なし</p>
尿	蛋白質	-	±	+																									
	糖	-	±	+																									
	潜血	-	±	+																									
感染症	H B s	抗原精密	-	+																									
	H C V	抗体	-	+																									
	疥癬		-	+ 部位()																									
皮膚疾患(含褥瘡)	無・有()	結核の既往	無・有(歳)																										
アレルギー(食物・薬)	無・有()	視力障害	無・有()																										
麻痺	無・有()	聴力障害	無・有()																										
拘縮	無・有()	言語障害	無・有()																										
特記事項																													

上記のとおり、診断いたします。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

医療情報提供のお願い

医療機関各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。

当施設では、入所にあたりましてご利用者様の身体状況を把握し、より良いサービスの提供に繋げていければと思っております。

現在、お申し込み際には「横浜市介護老人保健施設共通様式の健康診断書」をご依頼させて頂いておりますが、疾患や症状によっては詳細の医療情報が必要になってまいります。

つきましては、疾患に関連した検査データの数値の記入、または検査報告書のコピー添付をお願い致します。

趣旨についてのご理解をいただきまして、ご協力の程宜しくお願い致します。

		様	検査日	年	月	日
肝疾患	AST					
	ALT					
	γ-GTP					
	総ビリルビン					
腎疾患	クレアチニン					
	尿素窒素					
	Na(ナトリウム)					
	K(カリウム)					
	Cl(クロール)					
貧血	赤血球					
	ヘモグロビン					
	血小板					
感染症	CRP					
	白血球					
	MRSA					* 喀痰・咽頭・鼻腔・褥瘡・その他
糖尿病	血糖					(食前・食後) 時間
	HbA1c					
心疾患	心電図のコピー添付					
低栄養状態	アルブミン					
	TP					
* 備考	長谷川式スケール					点

*長谷川式スケールにおきましては、認知症状のある方のみご記入お願い致します。

参考にさせていただきたいと思致します。

お手数お掛けしますが宜しくお願い致します。

介護老人保健施設 ゆめが丘

施設長 田中 景子