

## お申込みについて

この度は当施設のお申し込みをご検討くださり、有難うございます。当施設のご案内と必要書類を同封してございますので、よろしくお願ひ申し上げます。

※疾患や医療行為（胃ろう、経鼻栄養、インスリン、ストマ、バルーン、吸引、床ずれ、在宅酸素、気管切開など）によっては、お受入れ出来ない事がございますので、事前にご相談ください。

### お申込みに必要な書類について

入所・ショートステイともに、お申込みには同封の書類3通「利用者申込書」「診療情報提供書」「日常生活状況・ADL票」が必要となります。

#### 【書類の記入方法について】

##### ①「利用者申込書」

ご家族様にてご記入下さい。

##### ②「診療情報提供書」

医師が記入する書類になります。在宅生活中の方は掛かり付けの病院に依頼をしてください。入院中の方は、入院している病院に依頼をしてください。その際、項目に記入漏れのないようお願い致します。

※3ヶ月以内の書類であれば、他施設の診療情報提供書のコピーでもお受けしております。（足りない検査項目があった際は追加で調べて頂くこともあります）

##### ③「日常生活状況・ADL調査票」

在宅生活中の方は担当ケアマネジャーへ記入を依頼して下さい。入院中の方は病院の看護師へ記入を依頼して下さい。

※ 病院に入院中の方は、②③の書類について病院の相談員（ソーシャルワーカー）へご相談頂く事も可能かと思ひます。

### お申込みの流れについて

① お申込み書類が揃いましたらご連絡下さい。面談日を設定させて頂きます。

② ご家族面談

※面談はご家族様に当施設へお越し頂き、お話を伺ひます。ご本人は同席する必要はございません。

③ 判定会議

④ 通知

※判定結果が可の場合：待機待ち決定書をお送り致します。

※判定結果が不可の場合：お断りの内容を記入した書類をお送り致します。

ご不明な点などございましたら、お気軽に支援相談員にお問い合わせ下さい

介護老人保健施設

相模原ロイヤルケアセンター

電話 042-760-0040

支援相談員 平田・寺崎・阿部

# 診 療 情 報 提 供 書

フリガナ 氏 名		男 ・ 女	生年月日 ( 歳 ) 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日	
傷 病 名	① ( 発症 年 月 )	④ ( 発症 年 月 )		
	② ( 発症 年 月 )	⑤ ( 発症 年 月 )		
	③ ( 発症 年 月 )	⑥ ( 発症 年 月 )		
既往歴				
症状経過				
胸部 X 線所見 平成 年 月 日 撮影 異常 : 無 ・ 有			心電図所見	
処方				
アレルギー	無 ・ 有 ( 薬 ) ( 食事 )			
褥 創	無 ・ 有 ( 部位 ) ( 程度 )			
寝たきり度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
認知度	正常 ・ I ・ II A ・ II B ・ III A ・ III B ・ IV ・ M			
検 査 所 見	白血球数 ( )	感 染 症	MRSA ( + ・ - ) 検査日: 年 月 日	
	赤血球数 ( )		※MRSAの検査は必須です	
	Hb ( )		HBS ( + ・ - ) 検査日: 年 月 日	
	GOT ( )		HCV ( + ・ - ) 検査日: 年 月 日	
	GPT ( )		RPR ( + ・ - ) 検査日: 年 月 日	
	総コレステロール ( )		疥 癬 ( + ・ - ) 検査日: 年 月 日	
	中性脂肪 ( )		TB ( + ・ - ) 検査日: 年 月 日	
	BUN ( )	尿 定 性	蛋 白 ( )	身 長 cm
	クレアチニン ( )		糖 ( )	体 重 kg
	尿 酸 ( )		潜 血 ( )	血 圧 / mmHg
	血 糖 ( )	医 療 行 為	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃 瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管支切開 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	アルブミン ( )			
	CRP ( )			
HbA1c ( )	※糖尿病の場合			
上記の者について、介護保険施設における入所サービスの利用にあたって、特に問題がないと認めます。				
平成 年 月 日 所在地				
医療機関名				
医 師 名				
印				

※ 検査データは3ヶ月以内に実施したものでお願いします。

[ 採血日 : 年 月 日 ]

介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター

# 利用者申込書

介護老人保健施設  
相模原ロイヤルケアセンター

利用希望	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 入所			申込日	平成	年	月	日
紹介元	行政機関・病院・施設・ケアマネジャー・ホームページ・知人・その他( )							
利用者	フリガナ 氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)				
	住 所	〒 電話 ( )						
連絡先①	フリガナ 氏名	年齢 ( ) 続柄 ( ) 職業 ( )						
	住 所	〒 自宅 ( ) 携帯 ( )						
	職場名	電話 ( )						
	勤務時間	: ~ :	休日	<input type="checkbox"/> 定休( 曜日) <input type="checkbox"/> 不定休				
連絡先②	フリガナ 氏名	年齢 ( ) 続柄 ( ) 職業 ( )						
	住 所	〒 自宅 ( ) 携帯 ( )						
	職場名	電話 ( )						
	勤務時間	: ~ :	休日	<input type="checkbox"/> 定休( 曜日) <input type="checkbox"/> 不定休				
介護保険	<input type="checkbox"/> 未定(申請中) <input type="checkbox"/> 支援( ) <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5						ケア担当 マネ	事業者名
	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							担当者名
年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護(担当者 )							
手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証							
利用理由	-----							
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 ( 独居・同居 ) かかりつけ医 病院 科 医師							
	<input type="checkbox"/> 入院/入所中 (病院/施設名 ) 入院/入所日 H 年 月 日 ~ 病歴							
利用希望	通所	曜日(月・火・水・木・金・土) 送迎(有・無) 入浴(有・無) リハビリ(有・無)						
	ショート	泊数( ) 回数( ) 曜日( ) その他( )						
	入所	入所時期 <input type="checkbox"/> 出来るだけ早めに <input type="checkbox"/> ( )頃から入所希望						
	入所後の方向性 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他( )							
他の連絡先	氏 名	続柄	年齢	連絡先				
				同居・別居				
				同居・別居				

日常生活状況・ADL調査票

要介護度( )

(介護老人保健施設 相模原ロイヤルケアセンター)

氏名

様

記入日 平成 年 月 日

身体状況		寝たきり度( )	
項目	評価	特記事項 (必ず記入)	
麻痺	有る(左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他)・無い		
拘縮	有る(肩・肘・股・膝・足・その他)・無い		
皮膚状態	褥瘡(有・無)、皮膚疾患(有・無)[程度]	処置内容:	
寝返り	自立・つかまれば可・全介助 体位交換(要・不要)	エアマット(要・不要)	
起き上がり	自立・つかまれば可・一部介助・全介助	抑制 有る・無い	
座位保持	自立・自分で支えれば可・背もたれ又は支えが必要・不可	危険行為 有る・無い	
立ち上がり	自立・つかまれば可・一部介助・不可	該当するものに○をつけて下さい	
立位保持	自立・つかまれば可・常に支えが必要・不可	安全ベルト・手抑制・足抑制・胴抑制	
移動	独歩・見守り歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行不可	ミトン・介護服・カットアウトテーブル	
(使用器具)	杖・歩行器・シルバーカー・車椅子(自操・要介助) リクライニング式車椅子・ストレッチャー	立上がり・自己トランス・4点 柵・柵はずし・柵越え・センサーマッ ト使用・夜間不眠	
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		
食事摂取	自立・見守り・一部介助・全介助・鼻腔栄養・胃ろう	摂取量 主食( 割) 副食( 割)	
(食事形態)	主食→常食・全粥・( )分粥・粥ミキサー・おにぎり・パン 副食→常食・軟菜・一口大・きざみ・ソフト・ミキサー	食事用具(箸・スプーン・フォーク) 自助具( )有る・無い	
(治療食)	( )kcal制限・( )g塩分制限・( )g蛋白質制限	禁食:	
嚥下	良い・少し悪い・むせる・詰まらせることが多い・飲み込めない	トロミ(有・無)(固さ)	
尿意等	尿意(有る・時々有る・無い)、便意(有る・時々有る・無い)	失禁(有る・時々有る・無い)[尿・便]	
排泄【日中】	トイレ・Pトイレ(自立・誘導・見守り・一部介助・全介助)、 尿器(自立・要介助)、オムツ交換、その他(バルーン、人工肛門)	形態→布パンツ・リハビリパンツ ・尿取りパッド・紙オムツ	
排泄【夜間】	トイレ・Pトイレ(自立・誘導・見守り・一部介助・全介助)、 尿器(自立・要介助)、オムツ交換	形態→布パンツ・リハビリパンツ ・尿取りパッド・紙オムツ	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助		
(入浴形態)	一般浴・機械浴(チェア・ストレッチャー)・シャワー浴・清拭	( )回/週・月 実施	
着脱	上衣の着脱(自立・見守り・一部介助・全介助) ズボン・パンツ等の着脱(自立・見守り・一部介助・全介助)	着替えの準備(自立・見守り・全介助)	
整容	歯磨き・義歯洗浄管理(自立・見守り・一部介助・全介助) 洗顔(自立・見守り・一部介助・全介助)	義歯(上・下)有る・無い	
薬の内服	自立・見守り・一部介助・全介助		
金銭管理	自立・一部介助・全介助		
視力	普通・だいたい見える・よく見えない・全く見えない	眼鏡(有・無)	
聴力	普通・大きな声なら聞こえる・ほとんど聞こえない	補聴器(有・無)	
言語	正常・やや問題あり・問題あり(具体例: )	言語障害名( )	
医療処置	インシュリン・IVH・人工透析・酸素療法・気管切開・吸引・他	内容:	
行動・心理症状		認知症自立度( )	
項目	評価	項目	評価
意思の伝達	できる・時々できる・不可	奇声・独語	ない・時々ある・ある
指示への反応	通じる・時々通じる・不可	介護拒否	ない・時々ある・ある
短期記憶	できる・時々困難・不可	徘徊	ない・時々ある・ある
失見当識	ない・時々ある・ある	帰宅願望	ない・時々ある・ある
被害妄想・作話	ない・時々ある・ある	多動	ない・時々ある・ある
幻視・幻聴	ない・時々ある・ある	収集癖	ない・時々ある・ある
感情失禁	ない・時々ある・ある	不潔行為	ない・時々ある・ある
昼夜逆転	ない・時々ある・ある	異食	ない・時々ある・ある
暴言・暴行	ない・時々ある・ある	性的異常行動	ない・時々ある・ある
認知症状・問題行動等について具体的記述 精神科受診・入院歴(有・無) H 年~H 年 医療機関名: 担当医名:			
→			

機関名:

記入者:

(職種)