

申込書

介護老人保健施設フランセーズ悠・とぐら
受付者

受付日 年 月 日

利用者名	フリガナ	男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生 (歳)
住所	〒 電話 自宅 () -					
身元引受人	利用申し込み致します。平成 年 月 日					
	〒 住所					
	電話 () -					
	氏名 印 (続柄) 介護老人保健施設 フランセーズ悠・とぐら 施設長 殿					
連絡先	住所	〒 居宅介護支援事業所名				
	氏名	居宅担当ケアマネジャー				
		電話	自宅 () -	勤務先 () -	携帯 -	-
	(続柄)					

利用者様情報

年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 老齢福祉年金 4. 障害年金 5. 恩給 6. 共済年金 7. その他()					
要介護度区分	要支援1又は2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中 介護保険被保険者番号 () 認定有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日					
施設入所希望理由						
入所希望日	年 月 日	入所希望期間 ヶ月	在宅復帰の意向 有 無			
現在の状況	自宅 ・ 入院中(病院) ・ 施設入所(施設名)					
部屋希望	4人部屋 ・ 2人部屋 ・ 個室 ・ 特別室					
退所後について	自宅 ・ 特別養護老人ホーム ・ その他()					
現在申し込み済みの施設						

社会福祉法人 博悠会					承認	確認	作成
文書コード	作成日	Version	改訂日	ページNo			
4-1-100	050513	2.0	090915	1/1			

・家族状況

(同居家族以外に御兄弟、子息等についても記入をお願いします)

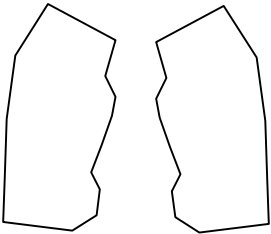
氏名	年齢	続柄	職業	配偶者	居住地	氏名	年齢	続柄	職業	配偶者	居住地
				有・無						有・無	
				有・無						有・無	
				有・無						有・無	
				有・無						有・無	

利用者様の日常生活の状態(該当する箇所を で記入して下さい)

食事	自力摂取 ・ 一部介助 ・ 全介助	
食事方法	経口 ・ 経管栄養(経鼻 ・ 胃ろう)	
食事内容	主食	常食 ・ おにぎり ・ 粥 ・ ミキサー
	副食	普通 ・ 一口大 ・ きざみ ・ ミキサー
	歯	自歯 ・ 入れ歯(上下 ・ 上 ・ 下) ・ 無(有るも使用していない含む)
排泄方法	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ オムツ ・ その他	
便意	あり ・ なし ・ 曖昧	
尿意	あり ・ なし ・ 曖昧	
着替え	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
入浴	一般浴槽 ・ 特殊浴槽 ・ 入浴していない(理由)	
歩行	自立 ・ つたい歩き ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 歩けない	
車椅子操作	自操可能 ・ 全介助	
会話	話せる ・ 言語障害あり ・ 返事のみ ・ 話せない	
聴力	聞こえる ・ 聞こえにくい・補聴器(有 ・ 無) ・ 聞こえない(両側 ・ 右 ・ 左)	
視力	見える ・ 見えにくい ・ 見えない(両眼 ・ 右 ・ 左)	
認知症	ない ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度	
認知症状について具体的に感じていること		
生活の様子	ほぼベッド上 ・ 日中ベッドから離れて生活 ・ 食事のみベッドから離れて生活	
転倒・転落経緯	なし ・ あり(その時の状況)	
飲酒	飲まない ・ 飲む	
喫煙	吸わない ・ 吸う	
終末期に対する本人の意向など	在宅 ・ 病院 ・ 老人保健施設 ・ 特別養護老人ホーム	
その他の特記すべき事項等ありましたらご記入下さい。		

診 断 書

介護老人保健施設
フランセーズ悠とぐら

氏名	(フリガナ)	性別	生 年 月 日		
		男・女	M・T・S	年	月 日 歳
病 名	(1) 年 月 日	既 往 歴	(1)	年	月 日
	(2) 年 月 日		(2)	年	月 日
	(3) 年 月 日		(3)	年	月 日
	(4) 年 月 日		(4)	年	月 日
経過概要					
胸部 X I P	所 見		処 方 内 容		
					
(撮影日 年 月 日)					
検 査	MRSA(+ ・ -)	検査部位()			
	HBs抗原(+ ・ -)		アルブミン値:		
	HCV(+ ・ -)		空腹時血糖:		
	ワッセルマン反応(+ ・ -)		ヘモグロビン:		
	血圧 / mmHg	体重 kg	総コレステロール:		
			クレアチニン:		
			検査日	年	月 日
特 記 事 項	経管栄養 (鼻腔・胃ろう)	あり・なし	認知度	正常	・ a ・ b
	尿道カテーテル	あり・なし		a	・ b ・ M
	気管切開	あり・なし	寝たきり度	J1	・ J2 ・ A1 ・ A2
	人工肛門	あり・なし		B1	・ B2 ・ C1 ・ C2
	在宅酸素	あり・なし			
	褥そう	あり・なし			
	部位 ()				
<h2 style="margin: 0;">上記のとおり診断する</h2> <p style="text-align: right; margin: 5px 0;">平成 年 月 日</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 0;"> 医療機関名: 医師名 印 </p> <p style="margin: 0;">TEL:</p>					