

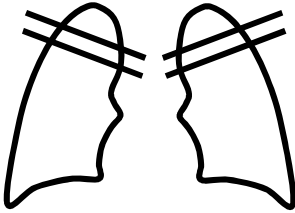
健康診断書

(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 年 月 日(歳)	明治・大正・昭和
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】
尿	蛋白質	- ± +	所見  異常あり・異常なし
	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。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

*ご入所の判定会議に必要となります。血液データのご記入をお願いします。

検査日時： 年 月 日

肝疾患	GOT	
	GPT	
	LDH	
	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	白血球数	
	赤血球数	
	ヘモグロビン	
	血小板数	
	MCV	
感染症後	CRP	
糖尿病	血糖	食後 時間、食前
	グリコヘモグロビンA1C	
栄養状態	ALB(アルブミン値)	
	TP(血清総タンパク)	
喀痰検査	抗酸菌塗沫	

*心疾患、高血圧があり、心電図のデータがあればコピーを添付して下さい。

*上記ご記入の以前に検査された末梢血、生化学のデータがありましたら、コピーも添付していただけるようお願い致します。

お手数をおかけしますが、よろしくお願い致します。

日常生活動作（ADL）調査票

【介護老人保健施設 ウェルケア新吉田】

平成 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

(続柄・職種)

(施設・病院名)

項目	レベル			内容	備考
食 事	自 立	一部介助	全介助	形態 主食(ご飯・粥・ミキサー・経管栄養)	義歯(有・無)
				副食(普通・一口大・ミジン・ミキサー)	体重 ※直近順
				むせ込み(有・無) 食欲(有・無 割)	() 月 kg
				治療・禁止食()	() 月 kg
				使用具(箸・スプーン・その他『 』)	
移 動	自 立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
移 乗	自 立	一部介助	全介助		
立位保持	自 立	一部介助	全介助		
座位保持	自 立	一部介助	全介助		
寝 返 り	自 立	一部介助	全介助		
排 泄	日 中			トイレ ポータブルトイレ 尿器	
	自 立	一部介助	全介助	オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
	夜 間			トイレ ポータブルトイレ 尿器	
	自 立	一部介助	全介助	オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)	
				バルーンカテーテル ストマ	
				尿失禁(有・無) 便失禁(有・無)	
				尿 意(有・無) 便 意(有・無)	
入 浴	自 立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭	
更 衣	上 衣				
	自 立	一部介助	全介助		
	下 衣				
	自 立	一部介助	全介助		

意思疎通	普通 ・ 困難 (具体的な様子 :)
視力障害	無 ・ 有 (具体的な様子 :)
聴力障害	無 ・ 有 (具体的な様子 :)
認知(痴呆)症状	無 ・ 有 (具体的な様子 :)

行 動	徘徊	帰宅願望	介護拒否	大声・奇声	妄想・幻覚	暴力・暴言	不潔行為	昼夜逆転	性的行為	異食	盗食	収集行為
	具体的な様子と頻度											

{その他に何かございましたらご記入ください。}

日常生活動作（ADL）調査票の記入方法

《ご本人様が現在行える動作・内容について、
当てはまる箇所に“○”（頻度が“ときどき”の場合は“△”）
をご記入ください。》

有・ときどき・無 について

- 有** : よく有る状態。だいたい、1週間に1回以上有る場合。
ときどき : ときどき有る状態。だいたい、1ヶ月に1回以上有る場合。
無 : ほとんど無い状態。過去1ヶ月の間に1回も無い場合。

レベル（自立・一部介助・全介助）について

- 自立** : セッティング(用意すれば)・声かけなど行えば、だいたいご自分で行える場合。
☆ **一部介助** : ご自分でも行なえる部分はあるが見守りや直接介助が必要な場合。
全介助 : その動作に対し全面的に介助が必要な場合。

☆ 一部介助に当てはまる場合は、備考欄に必要な介助内容をご記入ください。

- 例) **食事** ・多少食べこぼしがあっても召し上がる動作が可能であれば**自立**。
・時間が無いので介助してしまうがゆっくりでもご自分で召し上がれる場合は**自立**。
・一気に召し上がりむせてしまうので少しずつ分けて提供する場合は**一部介助**。
更衣 ・準備しておけば着替えられる場合は**自立**。
・着る順番がちぐはぐで一つずつ手渡しする場合は**一部介助**。

内容について

該当する場合は（ ）内の空欄にもご記入ください。その他気になる点などございましたら空欄や備考欄にご記入ください。

- 食事** : 『粥』は、全粥、3分・5分粥などを含みます。詳細は備考欄にご記入ください。
: 『一口大』は食べやすい大きさにほぐしたり、一口大にカットする。『ミジン』は細かいみじん切りです。その他の工夫などは、備考欄にご記入ください。
: 『食欲』は、ときどき・無の場合、普段どのくらいの量を召し上がれるのか全体の『何割』くらいとご記入ください。

入浴 : 『中間浴』は、リフト浴やチェア浴・シャワー浴と呼ばれる中間的な入浴方法です。詳細や工夫は備考欄にご記入ください。

意思疎通について

言葉による会話が可能であれば『普通』。会話に工夫が必要であれば『困難』で具体的な様子・方法をお書きください。

- 困難の例** ・言語障害があり、筆談による会話がが必要な場合。“言語障害あり。会話は筆談。”
・認知症(痴呆)による場合。“その場の受け答えのみ” “認知症重度の為、疎通困難”

行動について

当てはまる行動がある、又はそれ以外の行動がある場合は、具体的な様子にご記入ください。

- 不潔行為** : オムツはずしや便をさわる行為。放尿や放便も含まれます。
昼夜逆転 : 昼間寝ていて夜起きている逆転傾向の状態。夜間不眠も含まれます。
異食 : 食べられないものを口に入れる行為。

※ その他、お気づきの点などございましたらご記入ください。

利用申込書

介護老人保健施設ウェルケア新吉田 施設長 殿

平成 年 月 日

申請者氏名 _____ 印 続柄 () 職業 ()
 〒 _____ 電話番号 ()
 住所 _____ 携帯電話 ()
 _____ 携帯アドレス @ _____

ふりがな			
利用者氏名	様 _____	男・女	明・大・昭 年 月 日 歳
現住所	〒 _____	電話	()
介護保険	被保険者番号	認定年月日	年 月 日
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	要介護度 () □申請中
保険の種類	社保・国保・後期高齢者医療・生活保護・その他 ()	身障者手帳	有・無
経済状況	本人 年金(種類 _____ 年額 _____ 円) その他(種類 _____ 年額 _____ 円)・無		
	家族 収入(種類 _____ 年額 _____ 円)・無		
利用種別	□入所	一般棟 ・ 認知症専門棟 期間 □1~3ヶ月 □3~6ヶ月	居室希望 □4人 □2人 □個室 私物洗濯 □家族 □衣類リース
	□短期入所	ご希望の期間 月 日 ~ 月 日 /	利用日数 日間
現在の状況	□在宅療養中	主な介護者 _____ 続柄 () かかりつけ医 _____ 受診の頻度 週・月 _____ 回 居宅介護支援事業者 _____ 現在利用中のサービス _____	
	□医療機関入院中	□介護療養型医療施設 □病院 □その他 () 医療機関名 _____ 入院日 平成 年 月 日	
	□施設入所中	施設名 _____ 入所日 平成 年 月 日	
退所後の予定	□在宅(同居・別居) □施設(未申請・申請済 名称: _____)		
利用目的	□機能訓練 □生活の活性化 □介護者の負担軽減 □他施設入居待ち ※必ず記入して下さい		
ふりがな			電話番号 ()
保証人氏名	印 続柄 ()		
住所	〒 _____	携帯電話 ()	
		職業 ()	
ふりがな			電話番号 ()
その他連絡先 申請者以外	印 続柄 ()		
住所	〒 _____	携帯電話 ()	
		職業 ()	

※記入漏れのないようお願い致します。

担当者 : _____