

利用申込書

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉
〒654-0074 神戸市須磨区高倉町1丁目6-24
TEL (078) 739-7272 FAX (078) 735-7200

利用サービス種類 ・入所 ・短期入所 ・通所リハビリ(希望曜日：月・火・水・木・金・土)			申込受付日 令和 年 月 日	
フリガナ		男・女	生年月日	(大・昭) 年 月 日 (歳)
利用者氏名			介護保険 認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
住 所	〒 ー	要介護度	要支援1 ・ 要支援2 要介護 (1 2 3 4 5)	
		減額証	有 (第 段階) ・ 無	
年金の種類	国民年金・厚生年金・その他 ()		居宅介護支援事業所名：	
自宅電話番号	() ー		ケアマネジャー： 居宅電話番号：	

申 込 者	フリガナ		生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
	氏名	(続柄)		
	住 所	〒 ー	自宅電話番号	() ー
			携帯電話番号	() ー

・ 家族の状況

家族 構 成	氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居	主介護者 に○印	備考
			・	・		同居/別居	
			・	・		同居/別居	
			・	・		同居/別居	
			・	・		同居/別居	
			・	・		同居/別居	

・ 入所希望内容

希望部屋	個室 ・ 2・4人部屋	
現在の生活	<input type="checkbox"/> 一人暮らし	
	<input type="checkbox"/> 同居 (誰と) 在宅かかりつけ医：	
	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名：)	: 年 月より入院中 主治医： () (担当相談員 (リハビリカー)：)
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名：)	: 年 月より入所中 主治医： () (担当相談員：)
申込み理由		

・ 過去1年間の入院・入所歴

病院・施設名：	: 年 月 日 ~ 年 月 日まで
---------	-------------------

・ 退所後の予定

自宅 ・ 施設：	特養 ・ 老人保健施設 ・ ケアハウス ・ グループホーム ・ その他 ()
申込済 (施設名：)
申込未 (希望施設名：)

※ わかる範囲で結構ですのでご記入下さい。

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉

身 体 の 状 況	視 力	① 普通 ② 見えにくい ③ ほとんど見えない ④ 見えない ⑤ 眼鏡使用
	聴 力	① 普通 ② 聞こえにくい ③ 補聴器使用 ④ 全く聞こえない
	意思疎通	① 完全に通じる ② ある程度通じる ③ 殆ど通じない
	睡 眠	① 良 眠 ② 不 眠 ③ 昼夜逆転 〔眠剤 無・有 ()〕
	嚥下障害	無 ・ 軽 ・ 重 ・ むせやすい
	褥 瘡	無 ・ 有 ()
	義 歯	無 ・ 有 〔上・下〕 (適合・良・不良)
そ の 他	・麻痺 無・有〔右・左〕 ・拘縮 無・有〔右・左〕 ・点眼 無・有 ()	
日 常 生 活 の 状 況	食 事	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 () ・ 治療食 無・有 () ・ 主食 (米 ・ 軟飯 ・ 粥 ・ ミキサー) ・ 副食 (普通 ・ 一口大 ・ キザミ ・ ミキサー) ・ 嗜好品 好物 () 嫌いな物 () ・ 飲酒 無 ・ 有 () ・ 喫煙 無 ・ 有 ・ 食物アレルギー 無 ・ 有 ()
	排 泄	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 () ・ 尿意 (無 ・ 有 ・ 時々有 ・ 不明) 便意 (無 ・ 有 ・ 時々有 ・ 不明) ・ オムツ (使用無 ・ 昼のみ使用 ・ 夜のみ使用 ・ 終日使用) ・ ポータブルトイレ (要 ・ 不要)
	入 浴	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	更 衣	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	身だしなみ	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	歩 行	① 自 立 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ 車イス (自 操 ・ 介 助) ⑤ 自助具 (杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー)
	寝 返 り	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
	座れますか	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()
立ち上がり	① 可 能 ② 一部介助 ③ 全介助 ④ その他 ()	
精 神 症 状	1. 認知症有り 2. 日常生活に支障のない程度の認知症 3. 日常生活に支障をきたす認知症 4. 認知症無し	
性 格	趣 味	宗 教
長く携わってこられた職業		
備 考		

診療情報提供書

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉
〒654-0074 神戸市須磨区高倉町1丁目6-24
TEL (078) 739-7272 FAX (078) 735-7200

フリガナ	氏名	男・女	生年月日	大・昭	年	月	日	(歳)
住所 〒 -								
病名／発症年月日				現 症				
・ 年 月 日(頃)発症								
・ 年 月 日(頃)発症								
・ 年 月 日(頃)発症								
・ 年 月 日(頃)発症								
・ 年 月 日(頃)発症								
既往歴／発症年月日				処方内容				
・ 年 月 日(頃)発症								
・ 年 月 日(頃)発症								
・ 年 月 日(頃)発症								
・ 年 月 日(頃)発症								
・ 年 月 日(頃)発症								
入所・通所に関する主治医の意見								
・リハビリの指示(無・有)内容:								
・療養食指示(無・有)内容:								
アレルギーの有無		無 有()						
身体状況		運動障害: 無 有()			視力障害: 無 有()			
		言語障害: 無 有()			聴力障害: 無 有()			
日常生活の自立度		J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2						
認知症状態		正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M						
問題行動		無 徘徊 ・ 不穏 ・ 攻撃行動 ・ 不潔行為 ・ その他()						
精神状態		正常 不安 ・ うつ ・ 興奮 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 睡眠障害 ・ その他()						
血 圧 /			心電図			胸部X-P		
血液検査		実施日: 年 月 日		※血液検査・感染症の検査データを添付して下さい				
感染症		HCV HBS抗原		MRSA		疥 癬 (マイナスの場合も既往があればご記入下さい)		
褥 瘡		有 部位()		程度・大きさ()		処置() ・ 無		
そ の 他		令和 年 月 日						
		医療機関名						
		所在地						
		身長(cm)						
		体重(kg)		TEL			医師氏名	

入所時の血液・尿検査項目

以下の項目は必ず実施していただきたいと存じます。
お手数ですが何卒よろしくお願い申し上げます。

総蛋白	総コレステロール
アルブミン	LDLコレステロール
総ビリルビン	TG
AST(GOT)	血糖
ALT(GPT)	HbA1c
ALP	CRP定量
LDH	白血球数
ChE	赤血球数
BUN	ヘモグロビン
クレアチニン	ヘマトクリット
eGFR	血小板数
尿酸	血液像
Na	
K	尿一般定性・尿沈渣
Cl	
Ca	

介護老人保健施設 グリーンリーフ高倉