

入 所 利 用 申 込 書

介護老人保健施設ケアガーデン津山
施 設 長 殿

区分	一般入所	居室希望(短期入所含む)	短期入所 (ショートステイ)	家族状況		
希望日・曜日	/	1人部屋・2人部屋・4人部屋	/ ~ /	一人暮らし・夫婦世帯・家族と同居		
利用希望者	ふりがな		性別	生 年 月 日		
			男 女	明・大・昭 年 月 日 () 才		
要介護度	要支1・要支2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5・申請中		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
住 所	〒		電話番号	() —		
入所目的	- 元気になるって家で生活できるようにリハビリをしてもらう為。 - 自宅では介護困難な為。 - その他 ※ 当てはまる項目に○をつけてください。		今後の予定	- 家庭復帰します。 入所希望期間 年 月 ~ 年 月頃まで - 他施設へ申込みをします。 () - その他		
主治医	病院名 () TEL () —					
居宅支援事業所	担当ケアマネジャー					
現在の状況	1、入院中（病院名： ） 2、施設入所中（施設名： ） 3、在宅・外来受診 あり（病院名： ） なし					
・ 趣味 ・ 性格 ・ 職歴		主な病名				
家 族 状 況 (主介護者及び副介護者を記入してください。)						
氏 名	住 所	連 絡 先	続柄	年齢	同別居	職業
	〒	自 宅			同居	
		携 帯				
		勤務先				
	〒	自 宅			同居	
		携 帯				
		勤務先				

※緊急連絡先には氏名の前に○印を記入してください。

記入者氏名

続柄

受付日： 年 月 日

○ 身体状況について当てはまる項目に○をつけてください。

立 位	・一人で出来る ・何かにつかれば立てる ・介助すれば立てれる ・出来ない
移 動	・自立・手すり等につかまって歩く・杖を使用・老人車を使用・車椅子を使用(自力・介助)
食 事	・一人で出来る ・介助が必要(一部・全部) ・アレルギー(有・無) ・義歯(有・無)
食事形態	・普通食 ・柔らか食 ・刻み食 ・お粥 ・ミキサー食 ・経管栄養(胃瘻・鼻腔)
排 泄	・自立 ・リハビリパンツ ・パッド ・おしめ ・その他
着替え	・自立 ・見守りが必要 ・一部介助 ・全介助
会 話	・意思を伝えられる ・意思を伝えられない
認知症	・自立 ・軽度 ・中度 ・重度 ・不明
麻痺の有無	・右麻痺 ・左麻痺 ・その他
家 事	・炊事(出来る・出来ない) ・掃除(出来る・出来ない) ・洗濯(出来る・出来ない)
金銭管理	・自分で可能 ・自分では出来ない
買い物	・一人で出来る ・一人では出来ない
その他	・目が見えにくい・難聴(右耳・左耳) ・言葉が出にくい・食事中むせることがある

○ご利用者、ご家族が施設に望まれることをご記入ください。

・生活全般について

・リハビリについて

・栄養面について

○こういった条件を整えば、又、家で暮らすことが出来るようになるかをご記入ください。

○ご利用者、ご家族がご家庭で困っていることがあればご記入ください。

診療情報提供書

介護老人保健施設ケアガーデン津山 御中

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地
名称

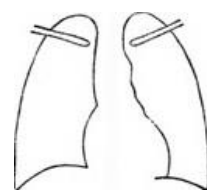
医師氏名

印

患者氏名			
患者住所	性別 ☐ 男 ☐ 女		
電話番号	—	—	
生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭	年	月 日

傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)			
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日

既往歴			
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日

症状経過、検査結果及び 治療経過	胸部レントゲン  異常 ☐ 有 ☐ 無 撮影日 年 月 日
------------------	---

現在の処方	採血データ(※入所の場合に記入を、◎は通所の場合には必ず記入をお願いします) 尚、採血データの用紙を添付していただいてもかまいません		
	※WBC		※AST
	※RBC		※ALT
	※◎Hgb		※◎Cr
	※TP		備考
感染症	HBV(+-) HCV(+-) その他()	※◎ALB	

要介護状態等区分	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 申請中
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

今後の診療に関する助言等	
備考	

必要書類として、血液検査の項目のデータがあれば添付いただきますようお願いします

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設

通所リハビリテーション事業所
医療機関



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所
地域包括支援センター

訪問リハビリテーション事業所
老人保健施設

通所リハビリテーション事業所
医療機関

介護老人保健施設ケアガーデン津山 御中

氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)	職業
住所							性別 男 ・ 女
電話番号							
認定情報	要介護状態等区分: 要支援(1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)						

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的

目標とする生活(本人及び家族)

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

現状の問題点・課題

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	平成 年 月 日
事業所	
担当者	
電話	
FAX	