


**医療法人社団 康生会**  
**介護老人保健施設 フォレスト西早稲田 長期入所利用申込書**

令和 年 月 日

利 用 者	ふりがな							
	氏名		( 男 ・ 女 )					
	生年月日		明治・大正・昭和	年	月	日生 ( 歳 )		
	住所		〒 —					
	電話		— —					
	要 介 護 認 定	認定日	令和	年	月	日 更新 ・ 申請中 ・ 未申請		
		介護保険番号						
		有効期限	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月
区分		要支援 1・2 、 要介護 1・2・3・4・5						
申 請 者	ふりがな							
	氏名							
	続柄							
	生年月日		大正・昭和・平成	年	月	日生 ( 歳 )		
	住所		〒 —					
	電話		自宅	—	—			
会社・携帯			—	—				
利用希望日		令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日
利用の目的								
今後の予定								
生活保護受給		有 ・ 無						
負担限度額認定証		有 ・ 無						

緊急連絡先①	ふりがな	
	氏名	申請者に同じ
	続柄	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
	住所	〒 — —
	電話	自宅 — — 会社・携帯 — —
緊急連絡先②	ふりがな	
	氏名	
	続柄	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
	住所	
	電話	自宅 — — 会社・携帯 — —
かかりつけ医療機関	名称	
	住所	
	電話	
入院中の医療機関 入所中の施設	名称	
	住所	
	電話	
支援事業所 居宅介護	事業所名	
	担当ケアマネージャー	
	電話	
お問い合わせ先 医療法人社団 康生会 介護老人保健施設 フォレスト西早稲田		
		
〒169-0051 東京都新宿区西早稲田3-27-22		
TEL 03-3232-8131		
FAX 03-3232-8175		

## 長期入所利用申込時の同意書

介護老人保健施設 フォレスト西早稲田

長期入所利用申込のため、別紙申込書の情報を提供することに同意致します。

1. 個人情報保護管理者

医療法人社団 康生会 シーエスケー・クリニック 総務部部长 岩村奈美

2. 利用目的

長期入所利用申込のため

3. 任意性

ご本人が個人情報をご提供いただくことは任意ですが、必要な項目をご提供いただけない場合は、利用目的を達成できないことがあります。

4. 開示等への対応

ご本人から開示等の申し出をすることができます。その際はご本人を確認したうえで、合理的な期間内に対応いたします。

5. お問い合わせ先

フォレスト西早稲田 施設長 折茂 肇 (03) 3232-8131

以 上

私は、上記の内容を理解したうえで同意いたします。

令和 年 月 日

ご利用者署名 \_\_\_\_\_

身元引受人 \_\_\_\_\_

# 診療情報提供書

本提供書の有効期間は、上記  
発行日より3ヶ月の間とする

介護老人保健施設  
フォレスト西早稲田

医療機関名  
所在地  
電話  
担当医

印

氏名 様 (男・女) 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)

住所 電話 - -

【診断名】

【既往歴】

【治療経過】

【処方】

【身体状況】

- 四肢欠損 関節の拘縮 筋力低下 麻痺 (L・R) 褥瘡  
嚥下障害 知覚障害 難聴 失調・不随意運動  
視覚障害 失語症 カテーテル留置 ストーマ  
その他の皮膚疾患

<備考>

(1) 日常生活の状態

ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2  
 認知症状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 能力

- ・ 短期記憶 問題なし 問題あり
- ・ 認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
- ・ 伝達能力 伝達可 多少困難 具体的な要求のみ 伝達不可
- ・ 摂取能力 自立 一部介助 全介助

(3) 問題行動の有無

有 無  
幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊  
不潔行為 異食行動 性的問題行動 火の不始末 その他 ( )

【検査所見】 【検査日 年 月 日】

※印の項目については6ヶ月以内の検査値、その他は直近の検査値を記入して下さい。

尿 定 性	蛋 白	
	糖	
	潜 血	
血 算	白血球数	
	赤血球数	
	ヘモグロビン	
	ヘマトクリット	
	血小板数	

血 液 生 化 学	TP		BUN	
	Alb		Cr	
	GOT		Na	
	GPT		K	
	AL-P		Cl	
	γ-GTP		UA	
	T-Ch		CRP	
	TG		血糖	
	LDH			(食前・食後)
	*1HbA1c		*1糖尿病の診断を受けている方のみ	
	*2PT-INR		*2ワーファリンを服用されている方のみ	

※HBs抗原		※HBs抗体		※HCV抗体		※TPLA	
--------	--	--------	--	--------	--	-------	--

疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
----	-----	-------	-----

身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg      ※心電図所見

血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【特記事項】

※胸部X-P所見

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# 日常生活の状況

記入年月日: 令和 年 月 日

(記入者名: 職種: )

利用者氏名: \_\_\_\_\_

※各項目について該当する内容を○で囲み、必要に応じて補足事項をご記入ください  
 利用中の医療機関・施設の看護・介護スタッフの方、また自宅におられる場合は、担当のケアマネージャーの方に依頼して

項 目	内 容
要介護認定	要支援 1・2、 要介護 1・2・3・4・5 有効期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
生活保護	なし・あり
障害老人の日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症性老人の日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
視力 (眼鏡: 使用・なし)	正常・見えにくい(右・左)・見えない(右・左)(白内障・緑内障)
聴力 (補聴器: 使用・なし)	正常・聞こえにくい(右・左)・聞こえない(右・左)
言語	普通・不明瞭・出ない( )
意思の伝達	可能・一部可能・不可能( )
会話	成立・不確実・不可能( )
麻痺	右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他( )
痛み	痛み: なし・あり 部位( )
かゆみ	かゆみ: なし・あり 部位( )
食事	自立・見守り・一部介助・全介助( ) 摂取量のムラ: なし・あり (摂取量: 割) むせ込み: なし・あり トロミ: なし・あり(トロミの程度: ) 水分摂取: 良好・問題あり( ) アレルギー: なし・あり( ) 制限: なし・カロリー( kcal)・塩分( g/日)・水分( ml) 形態(主): 米飯・軟飯・全粥( )・その他( ) (副): 常菜・一口大・きざみ・極きざみ・ペースト( ) 使用器具: 義歯・箸・スプーン・フォーク・エプロン・自助具( )
口腔ケア	義 歯: なし・あり (全・上のみ・下のみ・部分) 歯磨き: 自立・見守り・一部介助・全介助 うがい: できない・できる
入浴	形 態: 一般浴・チェアバス式・その他( ) 浴槽の出入り: 自立・一部介助・全介助 洗身、洗髪: 自立・見守り・一部介助・全介助 更 衣: 自立・見守り・一部介助・全介助

排泄	昼間： 自立・見守り・一部介助・全介助( ) トイレ・ポータブルトイレ・尿器・リハビリパンツ・パット・オムツ
	夜間： 自立・見守り・一部介助・全介助( ) トイレ・ポータブルトイレ・尿器・リハビリパンツ・パット・オムツ
	尿意：有・あいまい・無                      尿失禁：有・ときどき・無
	便意：有・あいまい・無                      便失禁：有・ときどき・無
移動	寝 返 り：自立・見守り・一部介助・全介助( )
	起き上がり：自立・見守り・一部介助・全介助( )
	座位保持：自立・見守り・一部介助・全介助( )
	立ち上がり：自立・見守り・一部介助・全介助( )
	立位保持：自立・見守り・一部介助・全介助( )
	移 乗：自立・見守り・一部介助・全介助( 人介助、 )
	移動手段：歩行・杖歩行・歩行器・車椅子・その他( )

※下記の問題行動について 2.または 3.に該当する際は、( )内に詳細をご記入ください

暴言	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
暴力行為	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
大声を出す事がある	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
独語がある	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
感情が不安定になる ことがある	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
介護への拒否・抵抗	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
徘徊	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
帰宅願望	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
収集癖	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
異食行動	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
不潔行為	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
性的問題行動	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
幻視、幻聴	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
昼夜逆転	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
絶えず体の痛みを 訴えることがある	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
作話をしたり 周囲に言いふらす	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
繰り返し同じ話をしたり、 音を立て続ける	1. ない 2. ときどき 3. ある( )
身体拘束、抑制	ない・センサー・つながぎ・ミトン・安全ベルト・ベッド4点柵・その他( )
身体拘束、抑制の理由( )	
備考：	

# 胃ろうについて

記入年月日:令和 年 月 日

(記入者名:

職種:

)

利用者氏名:

※各項目について、下線を埋め、該当する内容を○で囲み、必要に応じて補足事項をご記入ください  
利用中の医療機関・施設の看護師の方、また自宅におられる場合は、担当のケアマネージャーの方に依頼してください

項 目	内 容
現在の状況	1.在宅 2.病院 3.老人保健施設 3.その他( )
造設日、理由	平成・令和 年 月 日 造設 ・理由( )
造設した病院	病院名( ) ・電話番号( ) 緊急時は上記病院で処置ができる 1. はい 2. いいえ 「2. いいえ」と回答の場合、処置をお願いできる病院名を書いてください 病院名( ) ・電話番号( )
交換時期	( )カ月ごとに交換している 前回の交換日:平成・令和 年 月 日
胃ろうの種類	1. 胃ろう 2. 腸ろう 3. 食道ろう カテーテルの種類: ボタン型 ・ チューブ型 固定方法: バルーン型 ・ バンパー型 投与方法: 自然滴下 ・ ポンプ使用 ・ シリンジ使用 栄養剤の種類: 液状 ・ 半固形状 ・ その他( ) 1日の投与エネルギー:( )kcal/日 1日の投与回数:( )回/日 栄養剤以外の1日の水分量( )ml/日 1回の投与時間:( )時間( )分 栄養剤のメーカー、商品名が分かれば、ご記入ください( )
投与	投与場所: 椅子・車椅子・リクライニング式車椅子・ベッド・その他( ) 体の角度: 30度・45度・90度・その他( ) ベッド上で投与されている方、リクライニング式車椅子に乗車は可能ですか 1. はい 2. いいえ

※「3. ある」に該当する場合は、カッコ内に詳細をお願い致します

胃ろうが気になり自己抜去してしまう	1. ない 2. ときどき 3. ある ( )
発赤やびらん、ろう孔破壊など	1. ない 2. ときどき 3. ある ( )
胃ろう以外でも、経口摂取している	1. ない 2. ときどき 3. ある ( ) 「2. 3.」と回答された場合、施設利用中の経口摂取の希望 1. はい 2. いいえ
食事時間以外に、胃ろうから水分を投与する	1. ない 2. ときどき 3. ある ( )

その他: