

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通所リハビリテーション利用申込書

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	交付年月日	平成・令和	年	月	日	未申請			
		認定日	平成・令和	年	月	日				
		介護保険番号								
		有効期間	平成・令和	年	月	日	～平成・令和	年	月	日
		区分	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護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		- -								
<p>・通所リハビリテーション</p> <p>利用希望日 月・火・水・木・金 時～時</p> <p>送迎の有無 1：必要 2：不要</p> <p>入浴サービス 1：必要 2：不要</p> <p>退院・退所日 平成・令和 年 月 日</p> <p>施設・医療機関名 ()</p>										
居宅介護支援事業所	事業所名									
	担当ケアマネージャー									
	電話		FAX							

家族状況	氏名	続柄	年齢	職業

緊急連絡先	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 - -

緊急連絡先	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 - -

かかりつけ医の有無	有・無
名称	病院・医院・診療所
住所	〒 -
電話	- -

ご利用の目的

.....

.....

.....

.....

.....

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

介護老人保健施設
フォレスト西早稲田

通所リハビリテーション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

通所リハビリテーション利用申込のため、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

通所リハビリテーション利用申込のため

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:平成・令和 年 月 日～平成・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 便秘：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：	

情報シート

生活環境・状況について

住宅環境 (あてはまるものを○で囲んで下さい)

戸建 民間賃貸 公営・公団・都営住宅 その他
エレベーター 有 ・ 無
自宅前駐車スペース 有 ・ 無

生活歴

--

性格

--

趣味

--

本人の要望

--

家族の要望

--

保健・福祉等、他サービス利用状況

--

※その他、何か気をつけておかなければならない事などありましたら、ご記入下さい。

--

生活保護	有 ・ 無
食事助成	有 ・ 無