

## 入所申し込みに必要な書類

入所申し込みをされる際、次の書類をご提出下さい。

なお、申し込み内容に不備がある場合は再度の提出をお願いさせていただきます。

1. 介護老人保健施設入所利用申込書(さくらの杜書式)

※ご家族の方が記入してください。

2. アセスメント用紙①・②・③ (さくらの杜の書式)

※①はご家族の方が記入して下さい。

※②・③は病院に入院中の方は看護師に書類を渡し記入をお願いして下さい。

介護老人保健施設に入所中の方は担当の相談員に書類を渡し記入をお願いして下さい。

ご自宅にいらっしゃる方は担当のケアマネジャーの方に書類を渡し記入をお願いして下さい。

3. 診療情報提供書 (さくらの杜の書式)

※主治医に記入をお願いして下さい。

4. 介護保険被保険証のコピー

5. 介護保険負担割合証のコピー

6. 介護保険負担限度額認定証 (お持ちの方のみ) のコピー

※ご不明な点は、お気軽にお問い合わせ下さい。

〒115-0053 北区赤羽台4丁目17番56号

電話03-5963-4187

FAX03-3907-2121

担当者：ささき みのる かねこ ふみや  
佐々木 稔 金子 郁也

介護老人保健施設入所利用申込書

年 月 日

東京北医療センター介護老人保健施設  
さくらの杜 様

利用申込者 氏 名 印

(代筆者) 氏 名 印

東京北医療センター介護老人保健施設「さくらの杜」のサービスの利用を申込みます。

利用者	氏名	フリガナ .....	男・女	明治 大正 年 月 日生 昭和 歳
	住所	〒	電話	
連絡先①	氏名	フリガナ ..... 続柄 ( )	電話	(自宅)
	住所	〒 1		(携帯)
連絡先②	氏名	フリガナ ..... 続柄 ( )	電話	(勤務先)
	住所	〒		(自宅)
身 体 の 状 況			の医療機関 かかりつけ	(医療機関名)
				(担当医)
	要介護認定			TEL
	介護負担割合		割	(事業所)
介護保険負担限度額 認定証		段階	ケアマネジャー	(担当者)
希望理由		TEL FAX		
現在の生活場所	自宅 施設(老健/グループホーム/その他) 病院		名称	

# アセスメント用紙 ①

記入日 年 月 日 アセスメント場所

記入者

本人氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
本人住所			TEL
			FAX
緊急時 連絡先①	氏名	続柄	TEL
			携帯電話
緊急時 連絡先②	氏名	続柄	TEL
			携帯電話
緊急時 連絡先③	氏名	続柄	TEL
			携帯電話
家族図		本人 <input type="checkbox"/> ○	主介護者
		死亡 <input type="checkbox"/> ■ ●	
		夫婦 = 同居...	
		介護者仕事	有 ・ 無
		家族関係	良 ・ 不良
経済状況	主な収入 (月 万)		可能な負担額 (月 万)
	減額措置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	年金の種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護		

## 保険情報

障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 身体 ・ <input type="checkbox"/> 精神 ・ <input type="checkbox"/> 知的 )
被爆者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他公費負担	

## 日常生活情報

生活歴・生活状況	<p>A:起床 B:朝食 C:昼食 D:夕食 E:帰宅 F:就寝</p> <p style="text-align: center;">0    2    4    6    8    10    12    14    16    18    20    22</p>
性格・職業	
趣味・楽しみ	
生活場所の希望	本人 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 可能な限り自宅で最後は施設等 <input type="checkbox"/> 不明
	家族 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 可能な限り自宅で最後は施設等 <input type="checkbox"/> 不明

※出来るだけ詳しく、ご家族の方にご記入をお願いします。



## アセスメント用紙 ③

排泄情報

記入者

排泄の際に使用している器具(複数回答)							
昼間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( )						
夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( )						
排泄	昼間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 定時誘導・排泄介助 <input type="checkbox"/> 定時交換					
	夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・見守り <input type="checkbox"/> 定時誘導・排泄介助 <input type="checkbox"/> 定時交換					
尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
排尿回数	日中	回	夜間	回	排便状態	回/日	下痢便・普通便・硬便
尿・便 失禁	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 常時ある <input type="checkbox"/> その他( )						
排泄後の始末	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
具体的内容							

入浴・衛生の保持

入浴形態・回数	<input type="checkbox"/> 自宅入浴 ( <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー ) 回/ 週					
	<input type="checkbox"/> 施設入浴 ( <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴 <input type="checkbox"/> チェアインバス ) 回/ 週					
	<input type="checkbox"/> 清拭 約 回/日・ 週・月					
浴槽の出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
洗身・洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
更衣動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
つめ切り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
具体的内容						

睡眠状況

睡眠状況	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不明		睡眠時間	時～	時
睡眠薬使用	<input type="checkbox"/> 有( )				<input type="checkbox"/> 無
具体的内容					

医療情報

入所までの経緯			
既往歴及び傷病名			
内服薬			
内服管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 要介助 ( <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )		
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無		禁忌事項
医療機関			診療科
主治医		連絡先Tel	
受診状況	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診		
	<input type="checkbox"/> 定期 ( 回/ 週・月 ) <input type="checkbox"/> 不定期		

※主に状態の分かる方が(ケアマネージャー・看護師・介護士等)出来るだけ詳しくご記入願います。

# 診療情報提供書 (A)

介護老人保健施設

本提供書の有効期限は、上記  
発効日より3ヶ月の間とする

医療機関名 (科名)  
所在地  
名称  
担当医  
電話

印

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様(男・女) 明・大・昭 年 月 日生( 歳)  
〒住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

### 【診断】

1 発症年月日( 年 月 日)  
2 発症年月日( 年 月 日)  
3 発症年月日( 年 月 日)

### 【治療経過】

### 【既往症】

### 【処方・内容】

内容

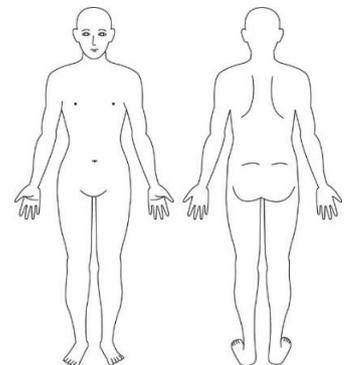
別紙をご参照下さい

### 【身体状況】

(主治医との協議により、ケアマネージャーによるレ点チェック及び記入例)

- 四肢欠損      麻痺(L・R)      筋力低下      関節の拘縮
- 失調・不随意運動 嚥下障害      失語症      視覚障害
- 知覚障害      難聴      褥創      カテーテル類留置
- その他の皮膚疾患
- 食事制限 無・有(      kcal、塩分制限      g)

<備考>



【認知状況】

(1) 日常生活自立度

寝たきり度 正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2  
 認知度 正常 I II a II b III a III b IV M

(2) 理解および記憶

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(周辺症状)の有無

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

【検査所見】(施行日 平成 年 月 日)

※検査値は3ヶ月以内の数値を記入して下さい。

尿	糖		血液生化学	総蛋白		Cr	
	蛋白			アルブミン		Na	
	潜血			GOT		K	
血液	白血球			GPT		Cl	
	赤血球			LDH		Ca	
	血色素数			ALP		CRP	
	ヘマトクリット			γ-GTP		血糖(食前・食後)	
	血小板			T-Ch		※1HbA1c	%
				TG		※2PT-INR	
				BUN		※1糖尿病の診断を受けている方のみ ※2ワーファリンを服用されている方のみ	

TPHA		HBs抗原		HCV抗体	
------	--	-------	--	-------	--

MRSA	有・無	疥癬	有・無	結核性疾患	有・無
検出部位					

身長          cm 体重          kg

血液型          血圧          /         

心電図所見

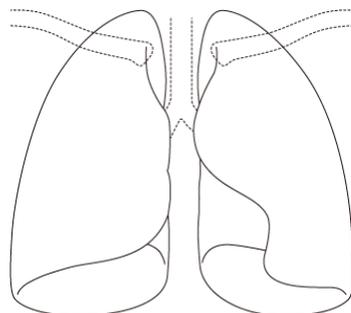
(直近1ヶ月~2ヶ月のものでコピーを添付)

検査          年          月          日

◎胸部X-P所見

(直近1ヶ月~2ヶ月のものでコピーを添付)

【特記事項】



年 月 日撮影