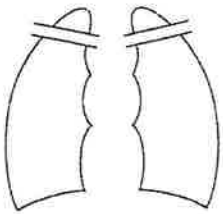


診療情報提供書

ふりがな		生年月日		年齢																																																					
氏名		様(男・女)		明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)																																																					
#1 現在治療中の疾患及び状態		発症年月		血液検査(※検査用紙複写の添付時は、記載不要)																																																					
				<検査日 年 月 日> <table border="1"> <tr> <td>WBC</td> <td></td> <td>LDL-cho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RBC</td> <td></td> <td>HDL-cho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td></td> <td>TG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ht</td> <td></td> <td>UA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plt</td> <td></td> <td>BUN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP</td> <td></td> <td>Cre a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alb</td> <td></td> <td>Na</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T-Bil</td> <td></td> <td>K</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GOT</td> <td></td> <td>Cl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GPT</td> <td></td> <td>CRP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Al-p</td> <td></td> <td>HbA1C</td> <td></td> </tr> <tr> <td>γ-GTP</td> <td></td> <td>FBS</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PT-INR (ワーファリン服用時のみ)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		WBC		LDL-cho		RBC		HDL-cho		Hb		TG		Ht		UA		Plt		BUN		TP		Cre a		Alb		Na		T-Bil		K		GOT		Cl		GPT		CRP		Al-p		HbA1C		γ-GTP		FBS		PT-INR (ワーファリン服用時のみ)			
WBC		LDL-cho																																																							
RBC		HDL-cho																																																							
Hb		TG																																																							
Ht		UA																																																							
Plt		BUN																																																							
TP		Cre a																																																							
Alb		Na																																																							
T-Bil		K																																																							
GOT		Cl																																																							
GPT		CRP																																																							
Al-p		HbA1C																																																							
γ-GTP		FBS																																																							
PT-INR (ワーファリン服用時のみ)																																																									
#2 現在処方されている 内服薬および薬剤(外用薬も含む)																																																									
※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。																																																									
※インシュリン自己注射 無 ・ 有 (単位)																																																									
#3 主な既往歴																																																									
※結核の既往 無 ・ 有																																																									
身長 cm 体重 kg		検尿		糖 (- ± +)																																																					
血圧 / mmHg				蛋白 (- ± +)																																																					
				潜血 (- ± +)																																																					
胸部 X 線 1.異常なし 2.異常あり (所見)  撮影日 年 月 日		心電図 1.異常なし 2.異常あり *コピー添付 検査日 年 月 日		◆ 特記事項 (項目にない事柄は、こちらにお書き添えください。)																																																					
感染症等 MRSA (- +) 咽頭・その他 () B型肝炎(抗原・抗体) (- +) C型肝炎(抗体) (- +) 検査日 年 月 日		アレルギー (食物) () 有 ・ 無 (薬) () 皮膚疾患 (- +) 疥癬 (- +) 梅毒 (- +) TPHA RPR																																																							
上記のとおり証明します。		医療機関名																																																							
令和 年 月 日		住 所																																																							
		電話番号																																																							
		医師名		印																																																					

※ 各項目3ヶ月以内の情報をご記入戴けますようお願い申し上げます。

心身状況調査書

利用者氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年	月	日	才
介護認定 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					
日常生活動作 (ADL) の状況 (該当するものに○ 特記があれば記入してください)							
歩 行	・・・	独歩	杖歩行	介助歩行	見守り歩行 (近位・遠位)	歩行器使用	車椅子
特記							
車 椅 子	・・・	移乗 (自立・見守り・口頭指示・要介助)		操作 (自立・見守り・口頭指示・要介助)			
特記							
麻 痺	・・・	無 有 (右 左 上肢 下肢)		拘 縮		・・・ 無 有 (部位)	
特記							
起 立	・・・	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全面介助	
立 位	・・・	自立	見守り	口頭指示	一部介助	全面介助	
寝 返 り	・・・	自立	一部介助	全面介助	体交 (時間毎)	エアマット (要・不要)	
特記							
食 事	・・・	自立	見守り	一部介助	全面介助	胃瘻 鼻腔	治療食 (無 有 kcal)
主食 (米飯・軟飯・粥・ミキサー・ペースト・他)							
副食 (常菜・一口大・きざみ・極きざみ・ミキサー・ペースト・他)							
摂取量 (主食 割 副食 割) 栄養補助剤 (要・不要)							
ムセこみ (無・有) トロミ (要・不要)							
禁 食 (無 有) 義 歯 (無 有)							
特記							
排 泄	・・・	尿意 (無・有) 便意 (無・有)					
トイレ (自立・誘導・介助) Pトイレ (自立・介助) バルン ストマ							
オムツ使用 (日中: テープ・パンツ・パット 夜間: テープ・パンツ・パット)							
尿器 (無 有) 便秘 (無 有)							
特記							
整 容	・・・	自立	見守り	一部介助	全面介助		
更 衣	・・・	自立	見守り	一部介助	全面介助		
入 浴	・・・	一般	機械浴 (チェア・ストレッチャー)			個浴	特記
睡 眠	・・・	良眠	不眠 (眠剤 要・不要)		特記		
難 聴	・・・	無	軽度	中度	重度	補聴器使用 (右・左・両側)	
視力障害	・・・	無	有	(眼鏡 無 有)		特記	
言語障害	・・・	無	有	特記			
意思疎通	・・・	可	不可	ナースコールの認知 (可・不可)			特記
身体拘束	・・・	無	有	(体幹・車椅子ベルト・4点柵・センサー) 特記			

記 入 日 : 年 月 日

所属機関名 :

記入者氏名 :

(看護・介護・ケアマネ・家族・同居以外の家族・その他)

※裏面に精神状態に関する調査事項あり

心身状況調査書

認知症高齢者の日常生活自立度（該当するものに○）

該当せず ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M

《HDS-R 点 年 月 日》 検査している場合のみ記入

《MMSE 点 年 月 日》 検査している場合のみ記入

該当するもので、対応が必要な項目に☑してください。

☑の項目には（ ）に頻度や程度を記入してください。

- ☐ 目に見えないものが見えたり、聞こえたりする ()
- ☐ 想像や実際に起こっていないことを、まるで事実であるかのように思い込んだり、話したりする ()
- ☐ 人物誤認がみられる ()
- ☐ うつ状態 ()
- ☐ 実際には異常がないが、たびたび痛みや体の不調を訴える ()
- ☐ ベッドに横になることを好み、動きたがらない ()
- ☐ 徘徊がみられる ()
- ☐ 大声や物音を立て続けることがある ()
- ☐ 独り言をいうことがある ()
- ☐ 乱暴な言葉をいうことがある ()
- ☐ 乱暴な行動をとることがある ()
- ☐ 介護や指示に抵抗を示すことがある ()
- ☐ 夜間睡眠がきちんととれない ()
- ☐ 特に夜間落ち着かなくなる ()
- ☐ 自分で自分を傷つけることがある ()
- ☐ 食べ物以外のものを食べてしまうことがある ()
- ☐ いろいろなものを集めたり、無断で持ってくることがある ()
- ☐ ものを壊したり、衣類等を破いたりすることがある ()
- ☐ トイレ以外のところで尿や便をすることがある ()
- ☐ 性的な問題行動がある ()
- ☐ 急に泣き出したりなど、感情が不安定になることがある ()
- ☐ オムツに手を入れたり、はずしたりする ()
- ☐ 便をいじったり、尿に触れるなど不潔な行為がみられる ()
- ☐ 家に帰りがたり落ち着かなくなることがある ()
- ☐ もの忘れがある ()

その他（特記事項）

利用者

ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	年	月	日	年齢	才
住所	郵便番号	都道府県	区市町村	マンション名等			
電話番号							

申込者（記入者）

ふりがな 氏名	男 女	生年 月日	年	月	日	年齢	才
続柄	夫	妻	子	ほか			
住所	郵便番号	都道府県	区市町村	同居 ・ 別居 マンション名等			
電話番号							

希望内容

サービス種別

1. 介護老人保健施設
2. 短期入所療養介護（ショートステイ）
3. 通所リハビリテーション（デイケア）

「ご希望の条件」や「相談したいこと」などをご記入下さい。

保険の種別

健康保険の種類	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 共済保険 ・ 後期高齢者 ・ その他（ ）
公費の種類	特定疾患（病名： ） ・ 原爆 ・ 公害 ・ その他（ ）
身体障害者手帳	なし ・ あり（障害名： ）（ ）種（ ）級

介護保険

要介護認定	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
	無 ・ 申請中 ・ 更新中	→（申請日） 平成 年 月 日
介護負担割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
限度額認定証	申請中 ・ なし ・ あり（食費 円）	

<事務処理欄>

利用開始日 年 月 日（週 回利用）
（入所日）

起算日 年 月 日（退院日 / 介護認定有効期間開始日）

入所前： 老健 / 病院 / 自宅 / その他（ ）

認知症短期集中リハ実施： なし / あり（ 年 月 日迄）

ワクチン接種：希望しない

希望する 接種歴： 回目まで（ 年 月 日）

受付年月日 年 月 日 受付者

緊急連絡先等 確認用紙

ご利用に際して、ご利用契約の締結までに以下の3点についてご指定下さい。

緊急連絡先

第一候補

氏名(フリガナ)

続柄

住所

電話番号①

/

自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先

電話番号②

/

自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先

備考

第二候補

氏名(フリガナ)

続柄

住所

電話番号①

/

自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先

電話番号②

/

自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先

備考

かかりつけ医療機関

医療機関名①

医師氏名

電話番号

所在地

備考

医療機関名②

医師氏名

電話番号

所在地

備考

請求書送付先

宛先

住所

電話番号

ご利用者との関係

ご記入者 氏名

生活状況書

記入日 令和 年 月 日

利用者氏名 記入者氏名 続柄

ご本人の生活歴(生い立ちから現在に至るまでの経緯をご記入ください)			
育った場所	() 都・道・府・県 生まれの () 都・道・府・県 育ち		
兄弟姉妹	() 人 兄弟姉妹 の () 番目		
結婚歴	あり () 歳 ・ なし		
配偶者	あり ・ なし (離別 ・ 死別)	子供	あり () 人 ・ なし
同居家族	あり () ・ なし		
職 歴			
思い出や 大事にして きたこと			
現在の 生活			

暮らしの様子	長年なじんだ習慣や好み	現在の状態・状況	今後の意向・要望
性 格 対人関係			
趣味			
食生活 アレルギー も含む			
嗜好品 飲酒・喫煙			

利 用 理 由
選 択 理 由

これまでの病歴(分かる範囲で構いません)			
	疾病時期	病名・理由	医療機関(受診・入院)
現在治療中の病気	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
過去に治療を受けた病気	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
結核(または肋膜)の治療歴		なし ・ あり (歳 ~ 歳 頃)	

病気(認知症も含む)に関して医師から説明や注意を受けていることがございましたら、下記にご記入下さい
アバンセ協力病院以外の医療機関への受診・入院を希望される場合は、下記にご記入下さい

面会に来ていただける方			
面会	月()回程度	外出	可 ・ 難しい *理由 ()
		外泊	可 ・ 難しい *理由 ()

ご 家 族 さ ま へ

<個人情報の利用目的について>

こちらにご記入いただいた情報は適切かつ慎重に取り扱うとともに、利用者さまに対する健康維持及び快適な介護のご提供のために利用させていただきます。

なお、ご記入いただいた情報は、利用が可能となりました際にも使わせていただきます。また連絡先は、ご確認で連絡が必要な場合に備えてご記入をお願いしております。

なにとぞご了承下さいますようお願い申し上げます。

<個人情報の第三者提供について>

当施設は、予めご家族さま及び利用者さまの同意を得ることなく個人情報を第三者に提供することはありません。

生活状況書 <記入例>

記入日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

利用者氏名 山田 太郎

記入者氏名 木村 花子

続柄 長女

ご本人の生活歴(生い立ちから現在に至るまでの経緯をご記入ください)			
育った場所	(東京) (都) 道・府・県 生まれの (東京) (都) 道・府・県 育ち		
兄弟姉妹	(5) 人 兄弟姉妹 の (2) 番目		
結婚歴	(あり) () 歳 ・ なし		
配偶者	あり ・ (なし) (離別 ・ 死別)	子供	(あり) (2) 人 ・ なし
同居家族	(あり) (長女家族4人) ・ なし		
職 歴	サラリーマンとして定年まで勤務 営業担当だった		
思い出や 大事にして きたこと	戦争で父親と妹を亡くした。一家の大黒柱として幼い頃から働いてきた。 学生の頃からゴルフをやっていた。ゴルフコンペで優勝したことはよき思い出 「一期一会」という言葉が好きで、人との出会いや縁を大事にしてきた。		
現在の 生活	〇才で妻と死別し、その後ひとり暮らしをしていた。〇才頃から認知症の症状があらわれ 長女家族と同居。デイサービスに週2回通っている。		

暮らしの様子	長年なじんだ習慣や好み	現在の状態・状況	今後の意向・要望
性 格 対人関係	社交的でグループ内のリーダー役 穏やか	人との交流機会が減ってきた	友人ができると良い
趣味	ゴルフ(体を動かすことは基本的に 好き) 野球(巨人ファン)	テレビの野球やゴルフ中継は集中 して観ている	スポーツ中継を観る 機会があると良い
食生活 アレルギー も含む	朝食はパン食 そばアレルギーあり 好き嫌いはなし	朝食はパン食 昼食・夕食は和食中心だが、3日 に1度は洋食にしている	朝食はパンを希望
嗜好品 飲酒・喫煙	〇才位まではたばこを吸っていた ビール好きで毎日飲んでいた	今は、喫煙、飲酒なし	

利 用 理 由
認知症の進行があり、常に見守りが必要な状態ですが、同居の家族は仕事等で日中本人をみることができない為
選 択 理 由
ケアマネージャーの方に紹介してもらいました。 本人の住まいから近いこと、面会時間も長く仕事帰りにも立ち寄ることができることから選びました

これまでの病歴(分かる範囲で構いません)			
	疾病時期	病名・理由	医療機関(受診・入院)
現在治療中の病気	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	高血圧	〇〇医院 通院、内服あり
	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	緑内障	〇〇眼科 通院、点眼薬あり
	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	認知症	□□医院 通院、内服あり
	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃		
過去に治療を受けた病気	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	左大腿骨骨折 ポルト固定手術	〇〇病院 3か月入院
	昭和 / 平成 / 令和 ○年 ○月頃	リハビリ	△△リハビリ病院 3か月入院
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
	昭和 / 平成 / 令和 年 月頃		
結核(または肋膜)の治療歴		なし ・ あり (○ 歳 ~ ○ 歳 頃)	

病気(認知症も含む)に関して医師から説明や注意を受けていることがございましたら、下記にご記入下さい アルツハイマー型認知症 MRIで脳萎縮が進んでいると言われた その時、医師より「本人の話をできるだけ否定しないように」と言われた
アバンセ協力病院以外の医療機関への受診・入院を希望される場合は、下記にご記入下さい 怪我や病気は協力病院で構わないが、緑内障は3カ月おきに〇〇眼科に受診したい

面会に来ていただける方		長女、長男夫婦(中野区在住) 孫たちも面会には行きます	
面会	月(4)回程度	外出	可 ・ 難しい *理由 遠出は難しいが、近くを散歩する程度なら可能
		外泊	可 ・ 難しい *理由 自宅は段差が多く車椅子では移動できない

ご 家 族 さ ま へ

<個人情報の利用目的について>

こちらにご記入いただいた情報は適切かつ慎重に取り扱うとともに、利用者さまに対する健康維持及び快適な介護のご提供のために利用させていただきます。

なお、ご記入いただいた情報は、利用が可能となりました際にも使わせていただきます。また連絡先は、ご確認で連絡が必要な場合に備えてご記入をお願いしております。

なにとぞご了承下さいますようお願い申し上げます。

<個人情報の第三者提供について>

当施設は、予めご家族さま及び利用者さまの同意を得ることなく個人情報を第三者に提供することはありません。