

利用申込書

下記の通り、横浜磯子介護老人保健施設の利用申込をいたします。

利用者	フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	氏名				歳
	住所	〒		電話番号	
保証人	フリガナ			続柄	生年月日
	氏名		印		大正 昭和 平成 年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	勤務先		勤務先番号：	携帯	
緊急連絡先①	フリガナ			続柄	生年月日
	氏名				大正 昭和 平成 年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	勤務先		勤務先番号：	携帯	
緊急連絡先②	フリガナ			続柄	生年月日
	氏名				大正 昭和 平成 年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	勤務先		勤務先番号：	携帯	
緊急連絡先③	フリガナ			続柄	生年月日
	氏名				大正 昭和 平成 年 月 日
	住所	〒		電話番号	
	勤務先		勤務先番号：	携帯	

日常生活動作 (ADL) 調査票

【横浜市介護老人保健施設共通様式】

年 月 日

ご利用者

様

ご記入者

様

(続柄・職種)

項目	レベル			内容	備考							
	自立	一部介助	全介助									
食事	自立	一部介助	全介助	形態 主食 (ご飯・粥・ミキサー・経管栄養) 副食 (普通・一口大・ミジン・ミキサー) むせ込み (有・無) 食欲 (有・無 割) 昼内服 / 食前・食後・時間薬 治療・禁止食 () 使用具 (箸・スプーン・フォーク) 義歯・インプラント・総入れ歯・自歯 (上・下ブリッジ・)								
移動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具 ()								
移乗	自立	一部介助	全介助									
立位保持	自立	一部介助	全介助									
座位保持	自立	一部介助	全介助									
寝返り	自立	一部介助	全介助									
排泄	日中自立	一部介助	全介助	トイレ・ポータブルトイレ・尿器 布下着・リハビリパンツ・尿取りパット・オムツ								
	夜間自立	一部介助	全介助	トイレ・ポータブルトイレ・尿器 布下着・リハビリパンツ・尿取りパット・オムツ								
				バルーンカテーテル・ストマ 尿失禁 (有・無) 便失禁 (有・無) 尿意 (有・無) 便意 (有・無)								
入浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・シャワー浴・機械浴								
更衣	上衣自立	一部介助	全介助									
	下衣自立	一部介助	全介助									
意思疎通	普通 ・ 困難 (具体的な様子:)											
視力障害	無 ・ 有 (具体的な様子:)											
聴力障害	無 ・ 有 (具体的な様子:)											
認知症	無 ・ 有 ・ 年相応 意思疎通 可 ・ 不可 認知度 軽度・中度・重度											
行動	徘徊	帰宅願望	介護拒否	大声奇声	妄想幻覚	暴力・暴言	不潔行為	昼夜逆転	性的行為	異食	盗食	収集行為
	具体的な様子と頻度											

もしもの時の救急対応シート

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	血液型
氏名		<input type="checkbox"/> 男	大正／昭和／平成	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AB
		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> わからない
ふりがな				
住所				

発症日	年 月頃	年 月頃	年 月頃	年 月頃
既往歴・持病				
ワクチン種類	コロナワクチン			
接種日	1回目 / 頃	2回目 / 頃	/ 頃	/ 頃
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	病院救急隊に報告したいこと		
	<input type="checkbox"/> あり ()			

※ かかりつけの医師・病院先の変更時は、必ずお知らせください。

	かかりつけ医療機関 ①	かかりつけ医療機関 ②	かかりつけ医療機関 ③	
名称				
科目	科	科	科	
担当医				
診察番号				
連絡先				
家族緊急連絡先	ふりがな	続柄	電話番号	住所
	氏名			
①				
②				
③				

※ 変更があった際は、必ずご報告下さい。

横浜磯子介護老人保健施設 デイケア

個人情報使用に関する同意書

私 _____ の個人情報について、次に記載するところにより必要最小限の範囲内での使用に同意します。

記

1. 使用開始日（利用開始日） 年 月 日 より

2. 使用する目的

介護保険施設サービス提供円滑化のために実施する担当者会議等において必要な場合

3. 使用する職員の範囲

利用者に対してサービス提供または相談援助等を担当する職員

4. 使用上の条件

(1) 個人情報の提供は必要最低限とし、提供に当っては関係者以外への漏洩に細心の注意を払う事。

(2) 個人情報を使用した会議・相手方・内容等の経過を記録する事。

年 月 日

横浜磯子介護老人保健施設
施設長 北濱 昭夫 殿

利 用 者 _____

身元引受人 _____