

ミレニアム桜台

通所リハビリテーション / ショートステイ

申し込み～ご利用開始までの流れ

1. お問い合わせ
2. 「診療情報提供書」(主治医)
「心身状況調査書」 } ご提出
3. 判定会議
4. 契約
5. ご利用開始

*判定会議は随時行っています

*施設見学をご希望の方はご相談ください

*ご不明な点などございましたら

お気軽にお問い合わせください

ミレニアム桜台

☎03-5946-5508

ご利用申込書

令和 年 月 日

記入者名

本人	フリガナ		男・女	生年月日	大昭 年 月 日	
	氏名				(歳)	
住所	〒				自宅	
					携帯等	

連絡先1	フリガナ		男・女	続柄		
	氏名				(歳)	
住所	〒				自宅	
					電話	
勤務先		勤務先電話				

連絡先2	フリガナ		男・女	続柄		
	氏名				(歳)	
住所	〒				自宅	
					電話	
勤務先		勤務先電話				

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中() <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> その他()					
利用希望	<input type="checkbox"/> 一般入所 年 月 日 から 1ヶ月・2ヶ月・3ヶ月 (1人・2人・4人) 部屋希望					
	<input type="checkbox"/> 短期入所 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 (1人・2人・4人) 部屋希望					
	<input type="checkbox"/> 通所 週 日 (月 火 水 木 金 土) 送迎希望 (有・無) 入浴希望 (有・無) リハビリ希望 (有・無)					

◇保険証等の種類について

介護保険証	要支援	1・2
	要介護	1・2・3・4・5
介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
<入所・ショートステイご利用の方> 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (段階 : 1・2・3-①・3-②)	
障がい者医療証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
特定医療費(指定難病)受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級 種)	

診療情報提供書

氏名	様（男・女）	明・大・昭	年	月	日	歳
住所	電話（ ）					
【診断】						
【治療経過】						
【既往歴】						
【処方】						
身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg
アレルギー	無・有（ ）			疥癬	（ - ・ + ）	
総合意見	ご本人の状態から、老人保健施設における（ デイケア ・ ショートステイ ）の 利用は ① 可能である ② 適当でない					
	年	月	日	医療機関名		
				所在地		
				電話		
				医師名		

※ 上記項目については可能な限りご記入いただくようお願い申し上げます

介護老人保健施設 ミレニアム桜台
〒176-0002 東京都練馬区桜台2-1-13
TEL03-5946-5508 FAX03-5946-3785

心身状況調査書

(練馬区介護老人保健施設共用)

利用者氏名		生年月日		年	月	日	才
要介護認定 (要支援認定)	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)							
移動	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)		
装具 (無 有) 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	体位交換 (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	療養食 (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)							
禁止食 (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) ポータブルトイレ (自立・介助) 留置カテーテル 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)		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

(練馬区介護老人保健施設共用)

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 ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ 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 ()
- 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 ()
- 家に帰りたがり落ち着かなくなる ()
- もの忘れがある ()

その他 (特記事項)