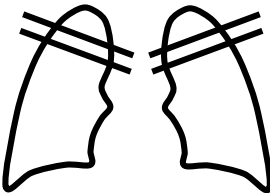


健康診断書

(注)この様式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

フリガナ 氏名				男女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
住 所	TEL						
病 名				既往 歴			
症 状 経 過				処 方 内 容			
(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)							
検査所見 【検査日 年 月 日】				胸部レントゲン 【撮影日 年 月 日】			
尿	蛋 白	－ ± ＋		所見  異常あり・異常なし			
	糖	－ ± ＋					
	潜 血	－ ± ＋					
感 染 症	H B s	抗原精密 － ＋					
	H C V	抗 体 － ＋					
	疥 癬	－ ＋ 部位()					
皮膚疾患(含褥瘡)		無・有()		結核の既往	無・有 (歳)		
アレルギー(食物・薬)		無・有()		視力 障害	無・有()		
麻痺		無・有()		聴力 障害	無・有()		
拘縮		無・有()		言語 障害	無・有()		
特記事項							

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名所在地

医師氏名

印

医療情報提供のお願い

医療機関各位

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。当施設の利用希望者様の受入審査に際し、介護老人保健施設にて適切に介護できるかどうかの判断に用いますので、下記の検査データをお知らせ下さいますようお願い致します。尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

検査日 令和 年 月 日

WBC	RBC	Hb	Ht
PLT	CRP	GOT	GPT
ALP	LDH	尿酸	TP
Alb	BUN	Cr	Na
K	総コレステロール	中性脂肪	
FBS	その他(HbA1c)	MRSA(鼻)	

※ 糖尿病疾患のあるかたはHbA1cの検査をお願いします。

※ 検査データのコピーを添付して下さい。

※ 過去の検査データもございましたらコピーで結構ですでお知らせ下さい。

お手数をおかけしますが宜しくお願い致します。

*当施設ご利用希望者様へ 健康診断書と併せて医療機関にご提出ください。

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先
医療法人社団悠仁会
ほほえみの郷横浜

担当医 坂井 隆志 先生 御待史

医療機関の所在地および名称	
電話番号	
医師氏名	印

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日	性別 男・女 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 歳
傷病名	
紹介目的	ほほえみの郷横浜への(本入所 ・ ショートステイ)利用の為
既往歴 および 家族歴	
症状経過 および 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

注 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付して下さい。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。

日常生活動作（ADL）調査票 の 記入方法

《ご本人様が現在行える動作・内容・行動について、
当てはまる箇所に“○”（頻度が“ときどき”の場合は“△”）
をご記入ください。》

有・ときどき・無 について

- 有** : よく有る状態。だいたい、1日の中で何回か有る場合。
ときどき : ときどき有る状態。だいたい、1週間で何回か有る場合。
無 : ほとんど無い状態。有ってもだいたい1ヶ月で数回の場合。

レベル（自立・一部介助・全介助）について

- 自立** : セッティング(用意すれば)・声かけ・見守りなど行えば、だいたいご自分で行える場合。
一部介助 : ご自分でも行なえる部分があるが直接介助が必要な場合。
全介助 : その動作に対し全面的に介助が必要な場合。

☆ 一部介助に当てはまる場合は、備考欄に必要な介助内容をご記入ください。

- 例) **食事** ・多少食べこぼしがあっても召し上がる動作が可能であれば**自立**。
・時間がないので介助してしまうがゆっくりでもご自分で召し上がれる場合は**自立**。
・一気に召し上がりむせてしまうので少しずつ分けて提供する場合は**一部介助**。
更衣 ・準備しておけば着替えられる場合は**自立**。
・着る順番がちぐはぐで一つずつ手渡しする場合は**一部介助**。

内容について

該当する場合は（ ）内の空欄にもご記入ください。その他気になる点などございましたら空欄や備考欄にご記入ください。

- 食事** : 『粥』は、全粥、3分・5分粥などを含みます。詳細は備考欄にご記入ください。
: 『一口大』は食べやすい大きさにほぐしたり、一口大にカットする。『ミジン』は細かいみじん切りです。その他の工夫などは、備考欄にご記入ください。
: 『食欲』は、ときどき・無の場合、普段どのくらいの量を召し上がれるのか全体の『何割』くらいとご記入ください。

入浴 : 『中間浴』は、リフト浴やチェア浴・シャワー浴と呼ばれる中間的な入浴方法です。詳細や工夫は備考欄にご記入ください。

意思疎通について

言葉による会話が可能であれば普通。会話に工夫が必要であれば困難でその理由・方法をお書きください。

- 困難の例** ・言語障害があり、筆談による会話が可能な場合。“言語障害あり。会話は筆談。”
・認知症による場合。“その場の受け答えのみ” “認知症重度の為、疎通困難”

行動について

当てはまる行動がある、又はそれ以外の行動がある場合は、具体的な様子にご記入ください。

- 不潔行為** : オムツはずしや便をさわる行為。放尿や放便も含まれます。
昼夜逆転 : 昼間寝ていて夜起きている逆転傾向の状態。夜間不眠も含まれます。
異食 : 食べられないものを口に入れる行為。

日常生活動作（ADL）調査票【介護老人保健施設 ほほえみの郷横浜】

<横浜市介護老人保健施設共通様式>

令和 年 月 日

ご利用者 様

ご記入者 様

(続柄・職種)

《 当てはまる箇所に“○”を付けてください。》

※ 頻度が“ときどき”の場合は“△”を付けてください。 例) (△・無) ☒徘徊

項 目	レ ベ ル			内 容		備 考
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) 治療食(使用具(		
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 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)		
	夜 間 自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 尿器 オムツ(オムツ・紙パンツ・尿取りパット)		
				バルーン ストマ 尿失禁(有・無) 便失禁(有・無) 尿 意(有・無) 便 意(有・無)		
更 衣	上 衣 自 立	一部介助	全介助			
	下 衣 自 立	一部介助	全介助			
入 浴	自 立	一部介助	全介助	一般浴・中間浴・機械浴・清拭		
整 容	自 立	一部介助	全介助			

寝 返 り	自 立	一部介助	全介助			
座位保持	自 立	一部介助	全介助			
立位保持	自 立	一部介助	全介助			
移 乗	自 立	一部介助	全介助			
移 動	自 立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具		

意思疎通	普通 ・ 困難 (理由:)					
------	----------------	--	--	--	--	--

認知症	無 ・ 有 (具体的な様子:)					
-----	------------------	--	--	--	--	--

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:)											

{その他に何かございましたらご記入ください。}												
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--