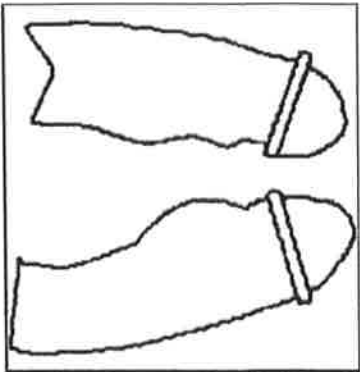


介護サービス共通健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな		
	②男・女	③明・大・昭 年 月 日
①氏名		
④住所	〒 電話	
⑤現在の病名 介護サービス提供上、重要なものから順に記入してください。	1	発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	2	発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	3	発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	4	発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	5	発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
⑥主な既往歴		
⑦病状及び経過		
⑧使用中の薬剤 *用法・用量を記入して下さい。	血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整	
⑨実施中の処置 □なし □あり *ありの場合は実施中の処置にチェックをして下さい。また指示事項などあれば記入して下さい。	<input type="checkbox"/> 留意カテーテル <input type="checkbox"/> じょくそう処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他	
	指示事項	
⑩認知症 □なし □あり *ありの場合は当ではまる自立度いずれかにチェックをして下さい。 *問題行動がある場合はその内容を記入して下さい	認知症老人の日常生活自立度	
	<input type="checkbox"/> I	何らかの認知を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立して
	II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる
		<input type="checkbox"/> a 家庭外で上記の状態が見られる <input type="checkbox"/> b 家庭内でも上記の状態が見られる
	III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を要する
	IV	日中を中心として上記の状態が見られる
夜間を中心として上記の状態が見られる		
<input type="checkbox"/> M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門的治療を要する	
問題行動内容		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

介護サービス共通健康診断書

<p>⑪胸部X線検査</p> <p>*原則全員に実施して下さい。但し六ヶ月以内に撮影しており、特に変化のない場合は、その所見に基づき記入していただく必要は、ありません。 *在宅、身体状況、設備上の都合で実施できなかった場合は、未実施にチェックし、他検査所見や他の検査疾患の有無につきコメントをお願いします。</p>	<p>実施日 年 月 日</p> <p>異常所見 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><input type="checkbox"/>胸部X線未実施</p>	<p>⑫肝炎ウイルス検査</p> <p>HBs抗原(十ー) HCV抗体(十ー)</p> <p>*原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づきご記入下さい。また他院での検査や肝炎ウイルス検査のデータがあれば、それを基に記載していただいても差し支えありません。 *実施日はすぐにはわかる場合のみ記入していただければ結構です。 ⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など) *MRSAについてはNH、気管切開、留置カテーテルなど医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染巣がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。 *疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。</p>
---	--	--

<p>⑭サービス提供上の留意事項</p>	<p>移送留意:<input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要 入浴 <input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>否 食事制限 <input type="checkbox"/>不要 <input type="checkbox"/>要 服薬確認 <input type="checkbox"/>不要 <input type="checkbox"/>要</p> <p>留意事項、指示内容:</p>	
----------------------	---	--

<p>⑮備考 *特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい。</p>	<p>上記の通り診断する。平成 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/>下記条件に従い複写することに同意する。<input type="checkbox"/>この診断書を複写することに同意しない。 (いずれかにチェックを入れてください。病状が不安定または複写が不適切な場合は“同意しない”にチェックして下さい)</p>
---	--

<p>医療機関名</p> <p>医師名</p> <p>電話</p>	<p>所在地</p> <p>印</p> <p>FAX</p>
-----------------------------------	--------------------------------

◎記載上の留意点

- 1.全ての項目について記載して下さい。
- 2.□は当てはまる場合にチェックして下さい(例 ㊦)。
- 3.\*に従って記入して下さい。
- 4.介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像の結果等を添付して下さい。
- 5.この診断書の使用期限は診断日から1年間です(記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません)。

◎複写の条件

- 1.使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
- 2.複写ができる者は、本人及び本人から文書で委託を受けた介護支援専門員のみです。
- 3.上記「複写すること」に同意する「欄」に記載医師がチェックしていること。

複写実施者名 \_\_\_\_\_ 印

実施日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診断書記載医師同意確認日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

注意点

- ①この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し、同意を得てください。
- ②上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に、診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。
- ③複写は必ず原本から行い、複写したものを各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。

# サ高住・住宅型有料老人ホーム

## 《ご入居までの流れ》

### 1. ご家族様またはご本人様との面談

- ①担当者から、サ高住・住宅型有料老人ホームのサービス内容及び費用等についてご説明させていただきます。
- ②ご入居を検討されている方について、「入居申込書」に基づき、身体・生活状況等のお話を伺います。

↓

### 2. 施設見学

お部屋・食堂・浴場等、建物内部を実際にご覧いただけます。

↓

### 3. 契約に必要な諸条件についての確認

- ①ご本人様の身体状態について、掛かりつけのお医者様から「診断書」に記載頂き、ご提出をお願いします。
- ②契約に必要な保証人様・身元引受人様の内容について確認させていただきます。

↓

### 4. 詳細打ち合わせ

- ①必要書類を添付の上、「入居申込書」をご提出ください。
- ※入居に関する弊社の内部審査資料とさせていただきます。

- ②「診断書」に基づき、管理者及び相談員と健康状態・日常生活面について、詳しいお話を伺います。数回、面談させて頂く場合がございます。

※診断書及び社内審査の結果、ご入居頂けない場合がございます。何卒、ご了承ください。

↓

### 5. ご入居審査結果のご連絡

- ①上記内容に基づき、約1週間以内にご連絡をさせていただきます。

↓

### 6. 契約書の締結

- ①「入居申込書」をいただき、「入居までのご持参・ご準備物」に基づき、ご入居に関する諸条件及び注意点を説明致します。
- ②「入居契約」を締結します。また、契約に必要な添付書類等の手続きをします。
- ③ご入居の日時及び居室を確定します。

↓

### 7. ご入居

※ご入居時に必要な物品等につきましては、事前にご連絡致します。

## 入居時にご用意いただく日用品

カービス付き高齢者向け住宅・住宅型有料老人ホームは、高齢者の方々のお住まいです。居室内で日常的に必要なものは、ご自身でご用意頂くこととなります。以下を参考に、ご準備をお願いいたします。

### 【ご入居時に準備頂く日用品など】

#### ■居室内の家具・家電など

居室には、エアコン（冷暖房）・収納・カーテン・照明器具は完備しております。その他ご自身が必要と思われるものを準備下さい。

《ご準備頂く参考例》

ベッド（レンタルあり）、タンス、テレビ、冷蔵庫、ソファなど  
布団一式（レンタルあり）（掛布団、枕掛カバー×2、ボックスシーツ×2、枕カバー×2、ベッドパッド×2、防水シート×2）

\*居室のカーテンを取り換えされる場合、備え付けのカーテンは施設へ返却下さい。また、ご自身で購入された「カーテン」などを居室で使用される場合には、必ず防災加工したものが必要となりますので、購入前に職員へお問い合わせ下さい。

■ゴミ箱（居室で使用されるもの）

■洗濯物入れ

■衣類（今までご使用のものをお持ち下さい）

※紙おむつ、パッド、お尻拭き（必要な方）

■タオル及びバスタオルなど（レンタルあり）

■消耗品（洗面用具、トイレットペーパー、ティッシュペーパー、石鹸、シャンプー、リンス、トイレ洗剤、便座拭きシート、トイレブラシ、モップ、洗濯洗剤、ドライヤー、ヘアードライ、髭剃りなど）

■掃除用具（雑巾/上拭き用・下拭き用、ほうきなど）

\*貸出用の掃除機は施設で用意しておりますが、必要な方はご準備下さい。

■その他（上履きの靴など）

※通いカービスをご利用の方は、手提げカバン（着替え等をいれる為）  
上記のご準備頂くものは、最低限必要と思われるものです。その他必要と思われるものがありましたら、ご準備下さい。また、何なりと職員にお尋ね下さい。

※持ち物（衣類やタオルなど洗濯する物）には、名前を記入して下さい。

（なければこちらで書かせていただきます）

※お薬を服薬中の方は、一包化し2週間程度、必ずお持ち下さい。（お薬情報も）

※施設内では、石油ストーブやガスコンロなどの火が出るものは、ご使用頂けません。  
火災予防の為、ご協力お願いします。

## ◆ご入居者様の契約時の必要書類◆

1. 入居申込書及び契約時の書類
  - ・入居申込書(入居申込書に記入等漏れがない場合には、提出不要です)
  - ・主治医の診断書
  - ・ご入居者様の認印、連帯保証人様の実印  
(入居契約書等に押印)
  - ・連帯保証人様の印鑑証明書及び住民票各1通
  - ・ご入居者様の現住所が確認できる書類  
(入居日時点の住民票、介護保険証、医療受給者証のいずれか)
  - ・介護保険証、介護保険負担割合証、健康保険証、後期医療保険証、医療受給者証等  
原本をご持参ください。コピーをとらせていただきます。
  - ・利用料等の引き落とし口座の通帳及び銀行印  
(利用料等を口座引き落としにされる場合に必要)
  - ・当法人が必要と判断した書類
2. 入居契約書
  - ・ご入居者様・連帯保証人様用1通と会社用1通の計2通を作成し、1通をご本人様・連帯保証人様、1通を会社で保管します。
  - \*ご入居者様と連帯保証人様それぞれ契約書の原本が必要な場合はその旨お申し出ください。3通作成いたします。
3. 介護情報等の書類
  - ・今までの介護情報を提供下さい
  - ・今までの居宅介護支援事業所の担当ケアマネをお教え下さい
4. 家財保険等
  - ・火災保険は施設(会社)で一括して加入致しますが、個人で家財保険等の加入を希望される場合は、保険会社をご紹介します。

◎入居契約時は、ご本人様の他、連帯保証人様を最低でも1名、定めて頂く必要があります。

以上

# 入居申込書

受付番号	NO.			
受付日	令和	年	月	日
担当者				

申込日	令和 年 月 日	住所	〒	-
フリガナ				
氏名		連絡先	自宅	
			携帯	
続柄				

フリガナ	性別	生年月日	明・大・昭	年 月 日 歳
氏名		連絡先	自宅	
			携帯	
住所	〒			
収入の種類	1.年金 (国民年金・厚生年金・共済年金) 2.給与 3.その他 ( )			
要介護度	申請中	要支援	要介護	保険者番号
		1 2	1 2 3 4 5	
認定有効期間	年 月 日から	日	日まで	
居宅介護支援事業所名		ケア名称	連絡先	様
居宅サービスの利用状況	無 ・ 有 (有の方は下記の回数をお答えください)			
	・訪問介護 回/週	・訪問入浴 回/週	・訪問看護 回/週	
	・訪問リハ 回/週	・デイサービス 回/週	・デイケア 回/週	
	・ショート 回/月	・福祉用具	・その他 ( )	
医療機関受診状況	医療機関名： 主治医： ( )			
	既往歴 (疾患名)： ( )			
	感染症： 無・有 ( )			
医療行為 (有の方は番号に○を付けて下さい)	1. 人工肛門 2. 人工透析 3. 在宅酸素 4. 糖尿病 (食事療法等) ( )			
	5. 心臓ペースメーカー 6. その他 ( )			
介護・医療上特記事項				
入居申込理由				
入居希望部屋	階	号室	入居希望時期	① すぐにも ②令和 年 月頃
特記事項				
フリガナ	性別	生年月日	明・大・昭	年 月 日 歳
連帯保証人様氏名		連絡先	自宅	
			携帯	
住所	〒			続柄

入居予定者・本人の状況

※個人情報保護に関する法律ならびに関連する法令を厳守いたします。  
 ※入居希望者様または連帯保証人様の承諾の無い限り、お預かりした個人情報を本利用目的以外に使用することはありません。  
 ※本申込書の提出が入居の決定ではございません。

入居希望者様または連帯保証人様のご署名	令和 年 月 日	氏名	印
---------------------	----------	----	---