

# 短期入所申込書

医療法人 泰一会  
介護老人保健施設 いるまの里 施設長殿

下記の通り貴施設の入所を希望いたします。

令和 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名	印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒	性別	男 ・ 女
			電話	( )
申込者	ふりがな 氏名	印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒	続柄	
			電話	( )
			携帯	( )
fax	( )			
申込者勤務先	会社名		電話	
連絡先②	氏名	続柄 ( )	電話	
介護保険	要支援 ( 1 ・ 2 ) / 要介護度 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
介護保険 負担限度額証	□有 ( 段階 ) □無			
利用される理由				
今後の利用予定	<input type="checkbox"/> 定期的に利用したい <input type="checkbox"/> 希望がある時にだけ利用したい <input type="checkbox"/> 利用は今回限りで考えていない <input type="checkbox"/> その他 ( )			
移動時の希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 車椅子使用 ( ご自分用 / 施設貸し出し ) <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 ( ご自分用 / 施設貸し出し ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
かかりつけ医療機関:				
担当ケアマネージャー:		所属事業所:		

# 診 療 情 報 提 供 書

当施設の利用目的：入所 ・ 短期入所 ・ 通所（いずれかに○印をつけてください）									
氏名						性別	男・女		
生年月日	年	月	日	年齢	歳				
現病名							処方		
既往歴									
病状経過および治療経過									
認知症	無 ・ 有	BPSDの状況							
		認知症自立度 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M							
胸部X-P 所見	撮影日 年 月 日								
心電図 所見	検査日 年 月 日								
MRSA	+ ・ - 部位：咽頭・鼻腔・その他( )								
尿検査	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )								
WBC		T-bil		BUN		CRP		総コレステロール	
RBC		Alb		Cr		HBs抗原		HDL	
Hb		GOT		Na		HCV抗体		LDL	
Ht		GPT		K		褥瘡		中性脂肪	
Plt		γ-GTP		Cl		皮膚疾患		Glu	
肺炎球菌ワクチン接種(未・済・不明)				ワーファリン内服者のみINR				HbA1C	
							検査日 年 月 日		
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用(可・否)と認めます。									
令和 年 月 日									
医療法人			所在地						
			電話						
			名称						
			医師氏名						