

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	要介護度 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
介護保険 負担限度額証	<input type="checkbox"/> 有 (段階) <input type="checkbox"/> 無			
利用される理由				
希望のお部屋	棟	<input type="checkbox"/> 一般棟 <input type="checkbox"/> 認知症棟 <input type="checkbox"/> どちらでも可		
	部屋種	<input type="checkbox"/> 従来型個室① <input type="checkbox"/> 従来型個室② <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> どこでも可		
	その他の ご希望	*お部屋に関して何かご希望があればご記入ください		
現在	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療機関入院中(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名称:)			
退所後の希望	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他()			
担当ケアマネージャー:		所属事業所:		
他施設への申込	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (施設名:)			
特別養護老人 ホームへの申込	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (施設名:)			

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								