

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。

平成 年 月 日

利用者	ふりがな	印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒	電話	()
申込者	ふりがな	印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	氏名		続柄	
	住所	〒	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	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。										
平成 年 月 日										
医療法人					所在地					
電話 名称										
医師氏名										