

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。

平成 年 月 日

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