

利 用 申 込 書

平成 年 月 日現在

利用者 氏 名	ふりがな	男 ・ 女	M・T・S	年	月	日	歳			
利用者 住 所	〒			電話番号						
介護保険 認定情報	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	申請中 ・ 持っていない
	入所サービスは利用できません。									
有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日								
担当 ケアマネージャー				居宅介護支援 事業所名					契約なし	

お申込みの欄は、必ず連絡が取れる方の情報をご記入ください。

申込者 氏 名	ふりがな	続柄	利用者様との生活状況 1. 同居 2. 別居
申込者 住 所	〒	連絡先①	
		連絡先② (携帯電話等)	
必ず連絡の取れる連絡先		1. 利用者様電話番号 2. 申込者連絡先① 3. 申込者連絡先②	

ご利用者様について、以下の項目をご記入ください。

申し込む サービス	入所	ユニット型個室		ショートステイ（短期入所療養介護）	
		4人部屋		デイケア（通所リハビリテーション）	
		従来型個室			
お申込みを される理由					
ご利用を希望される時期		1. 今すぐ 2. 退院、退所後 3. 数ヶ月後（ 月頃） 4. 特になし			

【裏面へ】

現在のサービス利用状況	医療機関	病院		科に 通院中 ・ 入院中
	入所サービス	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. その他.....		施設名
	在宅サービス	1. デイサービス 2. デイケア 3. ショートステイ 4. その他.....		事業所名

既往歴 (今まで掛かった病気の名前)	診断名		いつ頃	年	月頃
	診断名		いつ頃	年	月頃
	診断名		いつ頃	年	月頃

心身の状態

認知症	ある・ない	行動	徘徊・不眠・異食・幻覚・その他.....		
歩行	できる・杖を使う・シルバーカー・歩行器・車いす・できない				
排せつ	できる・手伝えばできる・できない		飲んでいるお薬 ※薬局でお薬と一緒に渡される、「お薬の記載された用紙」を添付しても構いません。		
入浴	できる・手伝えばできる・できない				
視力	見える・見えにくい・見えない				
聴力	聞こえる・聞きづらい・聞こえない				
食事	できる・手伝えばできる・できない・経管栄養				
添付書類の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> お薬について書かれた用紙				

重要事項

この利用申込書は、入所等ご利用の可否を判断するために、重要な情報となります。なお、入所等ご利用の決定につきましては、診断書等の医学的判断も含めて決定させていただきます。お申込みに際して、ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。

私は、上記の重要事項に同意の上、貴施設の利用を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者署名



診療情報提供書

介護老人保健施設 もえぎ野施設長殿

氏名		様 (男 ・ 女)		生年月日		年		月		日		(歳)	
<診断名>						<既往歴>							
身長		体重		血圧									
アレルギー (有 ・ 無)				食事指示									
(食物)													
(薬)													
視力 無 ・ 有				聴力 無 ・ 有									
言語障害 無 ・ 有 (麻痺 ・ 拘縮 無 ・ 有 (
認知症 無 ・ 有		長谷川式スケール		点 H		・ ・ 施行		精神状況					
現在の投薬 (薬剤情報提供書などを添付してください。)													
胸部X線検査 (直接撮影)													
検査日		H		・ ・ 施行		1. 異常なし		2. 異常あり () 3. CTR %	
尿検査		糖()		蛋白()		潜血()	
		尿中RBC()		尿中WBC()					
感染症等		HBs抗原()		HCV抗体()		RPR()	
		TPHA()		MRSA()					
皮膚疾患(診断名)		疥癬()		結核性疾患()					
血液検査結果を添付してください。(コピーでも可)													
TP		Alb		T-Bil		AST		ALT		ALP		LDH	
r-GTP		AMY		T-CHO		TG							
UA		BUN		CRE		CRN		Na・Cl		K		CRP定量	
グルコース		LDL-C											
NT-ProBNP		HbA1C		血液像									
障害高齢者の日常生活自立度		自立		J1		J2		A1		A2		B1	
		B2		C1		C2							
認知症高齢者の日常生活自立度		自立		I		IIa		IIb		IIIa		IIIb	
		IV		M									

以上診断の通り相違ありません。

平成 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

⑩

血液データを添付してください。

各項目1ヶ月以内の情報をご記入くださいますようお願いいたします。

ワーファリン内服中の方は凝固検査もお願いします

介護老人保健施設 もえぎ野