

利 用 申 込 書

医療法人社団みつわ会
介護老人保健施設

老人保健施設のぞみの園

施設長 佐藤 久美 殿

申請日：平成 年 月 日

申請者： 印

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|----------|--|-------------------------|---|
| 申込希望 | <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(予防含む) <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設のぞみの園 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> グループホーム ひだまりの家 <input type="checkbox"/> 入居 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(予防含む) <input checked="" type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 入居 | | | | | |
| (フリガナ) 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) | |
| 住所 | 〒 | | TEL - - | | | |
| 病歴 | | | かかりつけ医 | 病院 医院 先生 | | |
| 現在本人がいる場所 | <input type="checkbox"/> 病院・施設等 病院・施設名 () <input type="checkbox"/> 自宅 | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | <input type="checkbox"/> 有り 事業所名 () 担当者名 () <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| 要介護度等区分 | <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) | | | | | |
| 年金等本人経済面 | 種別 | | 年額 | | | |
| 他施設への申請 | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> その他 申請施設名 () <input type="checkbox"/> なし | | | | | |
| 申し込み理由 | | | | | | |
| 身体 / 精 神 状 態 | 麻痺 | <input type="checkbox"/> 上半身 (右・左) <input type="checkbox"/> 下半身 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 自力歩行可能 (補助具の使用= 杖・歩行器・老人車) <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | オムツ使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り () | 支給オムツ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 | 形態 | 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー | | |
| 認知症 | <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 | | 認知症による問題 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り () | | |
| 身元保証人 | 氏名 | | 日中 | TEL - - | 夜間 | TEL - - |
| 家 族 構 成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 住所 | 職業(勤務先名) | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

※ 主たる介護者がいる場合、家族氏名欄脇空欄に○をつけて下さい。

個人情報使用同意書

医療法人社団みつわ会
理事長 尾形 直人 様

私は、適切な介護保険サービス（医療法人社団みつわ会におけるサービス）を申込申請するにあたって、市町村、居宅介護支援事業所の医療を含めた情報、あるいは、医療機関等の療養情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日

【 利用者 】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

【 申込者 】

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

診療情報提出書

検査日 年 月 日

医療法人 社団みつわ会
老人保健施設 のぞみの園
施設長 佐藤久美 殿

紹介元医療機関名
所在地及び名称
電話番号

医師氏名 ⑩

| | | | | | |
|----|------|-------|---|---|-----|
| 患者 | 氏名 | | | | 男・女 |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 |

〔病名〕

【現在の処置及び処方】

〔病状経過〕

〔既往症〕 有・無 について、○で記入をお願い致します。

| | | | | | |
|------|-----|---------|-----|------|-----|
| 性病 | 有・無 | 高血圧症 | 有・無 | てんかん | 有・無 |
| 糖尿病 | 有・無 | 低血圧症 | 有・無 | 精神病 | 有・無 |
| 褥瘡 | 有・無 | 腎臓病 | 有・無 | 感染症 | 有・無 |
| B型肝炎 | 有・無 | 膀胱炎 | 有・無 | 皮膚病 | 有・無 |
| 心臓病 | 有・無 | パーキンソン病 | 有・無 | 認知症 | 有・無 |

※下記の項目については、全ての検査をお願い致します。

| | | | | | | |
|---------|----------|----------|-------------|-------------|-------|--|
| 一般検査 | 尿 | 蛋白 | | 生化学検査 | カリウム | |
| | | 糖 | | | クロール | |
| | 血液 | 赤血球 | | | カルシウム | |
| | | ヘマトクリット値 | | | GOT | |
| | | 白血球 | | | GPT | |
| | | 血色素 | | | ALP | |
| | | 血小板 | | | LDH | |
| 生化学検査 | 総蛋白 | | γ-GTP | | | |
| | アルブミン | | 血糖 | | | |
| | 尿素窒素 | | A1C (糖尿病の方) | | | |
| | クレアチニン | | 感染症 | HBs抗原 | - + | |
| | 総コレステロール | | | HCV抗体 | - + | |
| | 中性脂肪 | | | WA氏定性(TPHA) | - + | |
| | ナトリウム | | | MRSA | - + | |
| 胸部レントゲン | 検査日 | 年 月 日 | 異常 無・有 ⇒ 所見 | | | |