

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"/> 老人保健施設のぞみの園 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 () <input type="checkbox"/> サテライト老健のぞみ <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム () <input type="checkbox"/> サテライト老健ちわら <input type="checkbox"/> グループホーム ひだまりの家 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーションのぞみ <input type="checkbox"/> 通所サービス () <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーションちわら <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーションちわら | | | | | |
| (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 先生 医院 | | |
| 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 ○ 老健 ○ 特養 ○ 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"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト | | |
| | 認知症 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり | | 認知症による周辺症状 | | |
| 身元保証人 | 氏名 | | 日中 Tel. - - | 夜間 Tel. - - | | |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 MTS 年 月 日 | 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 殿

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、市長村、居宅介護支援事業所の医療を含めた情報、あるいは、医療機関等の診療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 ㊞

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

〔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 | | | |