

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			