

# 認知症対応型共同生活介護 グループホーム アンジェリカ 利用申込書

申込受付日 年 月 日

ふりがな		性別		M T S	
利用者氏名		男・女	生年月日		年 月 日 ( 歳)
利用者住所	〒 _____ 電話 ( )				
ふりがな		申込者住所	〒 _____		
申込者氏名	続柄( )		電話・携帯等 ( )		
利用希望の理由及び目的					
	主な疾患名 及び病状				
要介護区分	申請中・要支援( )・要介護( )		認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
居宅介護支援事業所	事業所名			担当ケアマネジャー名	
	TEL	( )			
主治医連絡先	医院名			担当医師名	
	TEL	( )			
現在の状況	①自宅(同居者 有・無)      ②入院中(入院先 _____ ) ③施設入所中(施設名 _____ )      ④その他( _____ )				
同居者の状況	氏名	続柄	年齢	連絡先(勤め先・携帯電話等)	
住宅情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て・マンション・ハイツ <input type="checkbox"/> 車いす(有り・無し) <input type="checkbox"/> エレベーター(有り・無し) <input type="checkbox"/> 歩行補助用具 <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段(有り・無し)      ( 杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー ) <input type="checkbox"/> トイレ(和式・洋式・ポータブル) <input type="checkbox"/> その他				

医療法人社団 創生会  
 認知症対応型共同生活介護 グループホーム アンジェリカ  
 〒665-0002 宝塚市月見山2-2-39 TEL 0797-86-6771  
 お申し込み先 FAX 0797-86-6772

# 診療情報提供書

医療機関名

年 月 日 ( )

所在地

電話番号

担当医師名

㊞

ふりがな			連絡先 〒	—				
氏名			男・女					
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)		TEL.	( )				
傷病名								
経過・現症状及び加療内容								
リハビリテーション指示	<input type="checkbox"/> 集団リハビリ <input type="checkbox"/> メドマー <input type="checkbox"/> ホットパック <input type="checkbox"/> リハビリ内容についての問い合わせ	要・不要・可・不可 可・不可 可・不可 可・不可	禁忌 (運動制限等)					
投薬内容								
血液検査	実施日	年	月	日	身長	cm	体重	kg
白血球	総コレステロール		疥癬		+	-		
赤血球	尿素窒素		HBs抗原		+	-		
ヘモグロビン	クレアチニン		HCV抗体		+	-		
ヘマトクリット	尿酸		Wa氏		+	-		
血小板	K		血圧		/			
血清蛋白	Na		検尿	・蛋白				
アルブミン	空腹時血糖			・糖				
A S T	HbA1c			・ウロビリノーゲン				
A L T	C R P							
中性脂肪								
レントゲン結果 所見	異常なし		異常あり		※ ありの場合は写真を添付してください			
心電図結果 所見	異常なし		異常あり		※ ありの場合は心電図を添付してください			
行動障害	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他( )							
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他( )							
日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2							
認知症老人自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M							
要介護度	申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5							
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成	年	月	日	点		
介護上の注意事項：								