

**医療法人社団 創生会 グループホームアネシス魚崎  
利用申込書**

申込受付日 令和 年 月 日

利用  希望者	ふりがな					男・女
	氏名:					
	住所〒					
	(生年月日) M・T・S 年 月 日 ( 歳)			☎:		
主介護  相談者	ふりがな					
	氏名: 続柄 ( )					
	住所〒					
	☎:			FAX:		
入所希望	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 希望日がある( 年 月頃)					
申込について	・他施設申込→ <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない					
	・満床時 → <input type="checkbox"/> 待機希望します <input type="checkbox"/> 待機希望しません					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅(同居者 有・無 <input type="checkbox"/> 入院中(病院名 )					
	<input type="checkbox"/> 施設入所中(施設名: ) <input type="checkbox"/> その他( )					
家族情報	氏名	続柄	年齢	同別居	連絡先	
				同・別		
				同・別		
				同・別		
主治医	病院名:			医師名		
	☎:					
居宅介護支援事業所	事業所名:			担当 ケアマネ ジャー名		
	☎:					
介護認定	要支援 2 要介護 1 2 3 4 5 (受けていない・申請中)					
	認定有効期間		平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
入所に あたっての 希望						

医療法人社団 創生会  
グループホーム アネシス魚崎  
〒658-0025  
神戸市東灘区魚崎南町5丁目13-6  
電話078-436-1236 FAX078-436-1237

令和 年 月 日

受付者	
-----	--

# 診療情報提供書

医療機関名

令和 年 月 日 ( )

所在地

科

電話番号

担当医師名

印

ふりがな			連絡先 〒	—	
氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭	年 月 日生 ( 歳)	TEL.	( )	
傷病名					
経過・現症状及び加療内容					
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		ワ氏	+	—
血小板	K		(RPRorガラス板 + —、TPHA + —)		
血清蛋白	Na		血圧	/	
アルブミン	空腹時血糖		検尿	・蛋白	
A S T	HbA1c			・糖	
A L T	C R P			・ウロビリノーゲン	
中性脂肪	アレルギーの有無(薬物・食物等) : 無・有( )				
胸部レントゲン結果 所見	異常なし・異常あり( ) ※ 異常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( ) ※ 異常ありの場合は心電図を添付してください				
問題行動	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	J・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知性老人自立度	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 or MMSE	実施日 : 令和 年 月 日 点				
介護上の注意事項 :					