

アネシスもとやま 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 | () | | |
| 希望サービス | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 | 利用希望開始時期(年 月 日から利用希望) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> グループホーム | 主に利用したいサービス(訪問 ・ 通い ・ 泊まり) | | | | |
| 利用希望の理由及び目的 | 今すぐ入所希望 ・ 年 月 日から入所希望 ・ 未定 | | | | | |
| | 主な疾患名 及び 病状 | | | | | |
| 要介護区分 | 申請中 ・ 要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5 | 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 入院中 (入院先 病院) 2 施設入所中 (入所先) 3 独居 4 その他 () 5 家族と同居 ※ 右表へ、同居中の家族名を記載下さい。 → | | | ※同居中の家族 | 氏名 | 続柄 |
| | | | | | | |
| 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 アネシスもとやま

〒658-0015 神戸市東灘区本山南町6-3-5
 小規模多機能型居宅介護 TEL:078-431-7337 FAX:078-431-8885
 グループホーム TEL:078-431-7557 FAX:078-431-8885

※利用申込書はFAXで送信していただいても構いません。個人情報保護のため、着信確認のお電話をいただければ幸いです。

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 | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 心電図結果 所見 | 異常なし | | 異常あり | | | | | |
| 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 | 年 | 月 | 日 | 点 | | | |
| 介護上の注意事項 : | | | | | | | | |