

利用申込書

もれなくご記入の上、当てはまる口には✓を入れてください。頂いた個人情報をご利用者の処遇に関する以外に利用いたしません。

記入日 年 月 日

ふりがな		性別		M T S	年 月 日 (歳)				
利用者氏名		男・女	生年月日						
利用者住所	〒				電話 ()				
ふりがな		申込者住所	〒		電話 ()				
申込者氏名	続柄()					携帯 ()			
希望サービス	<input type="checkbox"/> 入所：入所希望時期 今すぐ 年 月 日から入所希望・未定								
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護：利用希望時期 年 月 日～ 年 月 日を利用希望・未定								
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション：提供時間 6～8時間 入浴希望 (有・無)								
居室	<input type="checkbox"/> 4人部屋を希望			<input type="checkbox"/> 個室を希望					
利用希望の理由									
主な疾患名及び病状 (介護が必要になった原因疾患についてご記入ください)									
①病名	発症時期		年 月	<input type="checkbox"/> 手術した					
②病名	発症時期		年 月	<input type="checkbox"/> 手術した					
③病名	発症時期		年 月	<input type="checkbox"/> 手術した					
保険種別	※お持ちのものがございましたら、コピーを添付してください。								
	<input type="checkbox"/> 国保(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(無・有 級)障害名()						
	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族)		<input type="checkbox"/> 生活保護(担当課名 担当者名)						
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証(第1段階・第2段階・第3段階)								
<input type="checkbox"/> 年金種別(国民年金・厚生年金・共済年金・その他年金) 総額月額 円程度									
要介護区分	申請中・要支援 1 2		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	(担当開始時期: 年 月から)				
	TEL	()							
主治医連絡先	医院名			担当医師名	(担当開始時期: 年 月から)				
	TEL	()							
現在の状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 (独居以外の方は右表へ同居中の家族の続柄、年齢を記入してください)						同居中の家族情報	続柄	年齢
	<input type="checkbox"/> 独居 (近隣に支援できる者の有無 有(続柄)・無)								歳代
	<input type="checkbox"/> 入院中 (入院先 病院に 年 月から入院)								歳代
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (入所先 に 年 月から入所)								歳代
	<input type="checkbox"/> その他 ()								歳代
退所後の状況 (※入所希望の場合)	<input type="checkbox"/> 在宅復帰を希望 (年 月ごろに 自宅へ・グループホームへ・その他())								
	<input type="checkbox"/> 施設入所を希望 (年 月ごろに 特別養護老人ホームへ・有料老人ホームへ・介護老人保健施設へ)								
	<input type="checkbox"/> 未定・その他 ()								
当施設を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 紹介された (紹介機関 紹介者名)								
	<input type="checkbox"/> 甲有会グループ内の施設を利用していた (利用施設名)								
	<input type="checkbox"/> ご自身で調べた (近隣にお住まい・インターネット・その他)								
医療法人社団創生会 カネディアンヒル介護老人保健施設 〒657-0811 神戸市灘区長峰台2-3-1					【施設使用欄】				
TEL(入所・短期入所) 078-801-1111					申込受付日 年 月 日				
TEL(通所リハビリ) 078-801-0234					書類確認 <input type="checkbox"/> 利用申込書 <input type="checkbox"/> 家族情報提供書				
FAX(各サービス共通) 078-801-0036					<input type="checkbox"/> 保険者証コピー <input type="checkbox"/> 診療情報提供書				
mail(各サービス共通) canadianhill@i-souseikai.jp					判定会議結果 <input type="checkbox"/> 入所可(入所予定時期 月 日頃)				
					<input type="checkbox"/> 入所不可(不可理由を裏面に記録のこと)				

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	尿素窒素		HCV抗体		+ -
赤血球	クレアチニン		ワ 氏		+ -
ヘモグロビン	尿 酸		疥 癬		+ -
ヘマトクリット	中性脂肪		結 核		+ -
血小板	Na		喀 痰		()
血清蛋白	K		検尿	・蛋白	
アルブミン	空腹時血糖			・糖	
A S T	C R P			・ウロビリノーゲン	
A L T	HbA1c		血 圧		/
総コレステロール	HBs抗原				+ -
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		
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				
痴呆性老人自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
要介護度	申請中 ・ 自立 ・ 要支援 ・ 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 :					