

アルテ石屋川 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 | ①プレミアムフロアー | 今すぐ入居希望 | ・ | 年 月 日 | から入居希望・未定 |
| | ②介護付有料老人ホーム | 今すぐ入居希望 | ・ | 年 月 日 | から入居希望・未定 |
| | ③グループホーム | 今すぐ入居希望 | ・ | 年 月 日 | から入居希望・未定 |
| | ④通所介護 | 希望曜日 | | 曜日(希望曜日を全て記入) | ・何曜日でも可・ AM ・ PM |
| | ⑤体験利用 | (プレミアムフロアー・介護付有料老人ホーム) | | 希望日 | 月 日から 日間利用 |
| 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・自立・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 |
| | 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) | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 現在ご利用のサービス | | | | | |
| 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 | | | | |

診療情報提供書

医療機関名

年 月 日 ()

所在地

科

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 | | 疥 癬 | | + - |
| ヘモグロビン | 尿 酸 | | ワ 氏 | | + - |
| ヘマトクリット | 中性脂肪 | | 結核 | | + - |
| 血小板 | K | | 喀痰 | | () |
| 血清蛋白 | Na | | 血 圧 | | / |
| アルブミン | 空腹時血糖 | | 検尿 | | ・蛋白 ・糖 ・ウロビリノーゲン |
| A S T | HbA1c | | | | |
| A L T | C R P | | | | |
| 総コレステロール | HBs抗原 | | + | | - |
| アレルギーの有無(薬物・食物等) | 無・有() | | | | |
| 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 | | |
| BPSD | 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() | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | J・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | | | | |
| 要介護度 | 申請中・自立・要支援(1・2)・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 | | 年 月 日 | | 点 |
| 介護上の注意事項 : | | | | | |