

フリガナ		性別 男・女	年齢 歳	記入者:		
氏名		生年月日	M・T・S	年 月 日		
住所	〒					
				電話番号: ( )		
要介護区分	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
居宅介護支援事業所(予防含)		電話:	( )			
担当ケアマネージャー(予防含)		FAX:	( )			
疾患情報	他疾患					
主治医連絡先(緊急時の対応など、ご相談させていただくことがあります)。						
病院名	医師名	電話				
利用を希望された理由						
利用希望日 時間帯の□にレ印	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
	<input type="checkbox"/> 一日	<input type="checkbox"/> 一日	<input type="checkbox"/> 一日	<input type="checkbox"/> 一日	<input type="checkbox"/> 一日	<input type="checkbox"/> 一日
	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午前
	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後	<input type="checkbox"/> 午後
同居者 及び 近隣家族	氏名	続柄	連絡先			
ご自宅近隣図			入浴希望の有無 有 無			
			※入浴はご自宅で入浴困難な方に限ります。 ※入浴される場合は1部制のご利用となります。			
			※以下は記入しないで下さい			
			受付者氏名			
			受付年月日 年 月 日 (			
			面接予定日 年 月 日 (			
			利用終了日 年 月 日 (			

# グループホームアネシス西宮 利用申込書

(グループホーム入居・ショートステイ)

記入日: 令和 年 月 日

記入者:

フリガナ		性別	生年月日	年齢
利用者氏名		男・女	M・T・S 年 月 日	歳
住所	〒 電話番号: ( )			
申込者氏名		住所連絡先	〒 電話番号: ( )	
緊急時連絡先	連絡者氏名(続柄)		電話番号	
	連絡者氏名(続柄)		電話番号	

利用希望サービス(複数回答可)

①グループホーム入居 ②ショートステイ

利用希望理由

現在の状況

① 自宅 (同居者 有・無) ② 入院中 (病院名 )

③ 施設入所中 (施設名 ) ④ その他( )

家族状況	氏名	続柄	同居・別居	連絡先	自宅近隣図
			(同・別)		
			(同・別)		
			(同・別)		

介護保険情報	要介護認定区分	要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	居宅介護支援事業所		電話番号			
	担当ケアマネジャー		FAX番号			

疾患情報	疾患名	時期	状況	疾患名	時期	状況
		年 月頃	(完治・治療中)		年 月頃	(完治・治療中)
		年 月頃	(完治・治療中)		年 月頃	(完治・治療中)
		年 月頃	(完治・治療中)		年 月頃	(完治・治療中)
主治医連絡先(緊急時の対応など、ご相談をさせていただくことがあります。)						
	病院名		医師名		電話	
	病院名		医師名		電話	

申込状況	特別養護老人ホーム ( )	※現在お申し込み済みの事業所・施設がありましたらご記入下さい。
	介護老人保健施設 ( )	
	グループホーム ( )	
	その他 ( )	
		受付日( 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

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・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		MRSA		+ -
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		疥癬		+ -
血清蛋白	Na		検尿		・蛋白 ・糖 ・ウロビリノーゲン
アルブミン	空腹時血糖				
A S T	HbA1c				
A L T	C R P		血圧		/
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		
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				
認知症自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
要介護度	申請中・自立・要支援 1・2・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：					