

短期入所申込書

医療法人 泰一会
介護老人保健施設 みかじま 施設長殿

下記の通り貴施設の入所を希望いたします。

平成 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名	印	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住所	〒	性別	男・女
			電話	()
申込者	ふりがな 氏名	印	続柄	
	住所	〒	電話	()
			携帯	()
			fax	()
連絡先① *申込者と同じ場合は未記入	氏名	続柄 ()	電話	
連絡先②	氏名	続柄 ()	電話	
介護保険	要支援(1・2) / 要介護度 (1・2・3・4・5)			
介護保険 負担限度額証	<input type="checkbox"/> 有 (段階) <input type="checkbox"/> 無			
利用される理由				
今後の利用予定	<input type="checkbox"/> 定期的に利用したい <input type="checkbox"/> 希望がある時にだけ利用したい <input type="checkbox"/> 利用は今回限りで考えていない <input type="checkbox"/> その他 ()			
移動時の希望	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 車椅子使用(ご自分用 / 施設貸し出し) <input type="checkbox"/> ストレッチャー使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用(ご自分用 / 施設貸し出し) <input type="checkbox"/> その他 ()			
かかりつけ医療機関:				
担当ケアマネージャー:	所属事業所:			

診 療 情 報 提 供 書

当施設の利用目的：入所 ・ 短期入所 ・ 通所 （いずれかに○印をつけてください）										
氏名							性別	男 ・ 女		
生年月日	年			月			日		年齢	歳
病名								処方		
既往歴										
経過										
認知症	無 ・ 有	中核症状・周辺症状								
検査実施日 平成 年 月 日										
胸部X-P 所見										
心電図 所見										
尿検査	蛋白()	糖()	潜血()	MRSA		(+ ・ -) 部位:				
WBC		TP		BUN		CRP		総コレステロール		
RBC		Alb		Cr		HBs抗原		HDL		
Hb		GOT		Na		HCV抗体		LDL		
Ht		GPT		K		褥瘡		中性脂肪		
Plt		γ-GTP		Cl		皮膚疾患		Glu		
肺炎球菌ワクチン接種(未・済・不明)								必要時HbA1C		
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用(可・否)と認めます。										
平成 年 月 日										
医療法人				所在地						
				電話						
				名称						
				医師氏名						