

医療法人社団 誠信会 介護老人保健施設大江山園 入所申込書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭	
利用者 氏名			年 月 日 (歳)	
住所	〒 電話 ()			

フリガナ			男 ・ 女	年齢	続柄	職業
身元 引受人						
住所	〒					
連絡先	TEL		携帯電話			
希望理由						

現在の 状況	☐ 自宅					
	☐ 病院 (病院) (入院日: 年 月 日)					
	☐ 施設 () (入所日: 年 月 日)					
	☐ その他 ()					
かかりつけ医		病院 医師名				
居宅介護支援事業所名		担当ケアマネ				
介護保険	☐ 要支援 ☐ 要介護		認定日	令和 年 月 日		
	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		有効期間	令和 年 月 日 ~		
	☐ 申請中 ☐ 区分変更中			令和 年 月 日		
負担限度 認定証	☐ 無 ☐ 1段階 (生活保護) ☐ 2段階 ☐ 3段階① ☐ 3段階② ☐ 4段階					
部屋 希望	☐ 多床室 ☐ 個室 ☐ どちらでもよい					
年金	☐ 国民 ☐ 厚生 ☐ 遺族 ☐ 生保 (年金額 円/月)					

利用者氏名 _____

判定日 年 月 日

既往歴	病名		治療時期		医療機関	
障害者手帳	☐ 無 ☐ 有 (級) 障害名：					
生活歴 ・ 嗜好	出身地			職歴		
	趣味			アレルギー		
	習慣	(タバコ ・ アルコール)				

家族構成と連絡先 ※ 利用者の子となる方は県外在住でも全員お書きください。			
氏名	続柄	生年月日	職業・連絡先

園生活で の希望	
-------------	--

判定	入所可能 ・ 入所不可 ・ 取り下げ（理由 ）
----	--

診療情報提供書

介護老人保健施設 大江山園

ふりがな 氏 名 様	生年月日 M・T・S 年 月 日 (歳)	性 別 男・女
〒 住 所		
病名・既往歴		
感染症 ・TPHA + - ・MRSA + - (材料:) ・HCV 抗体 + - ・HBs 抗原 + - 抗体 + - ・アレルギー	胸部レントゲン	血液検査のデータも添付して下さい ・血算 ・生化学 肝機能 電解質 腎機能 (BUN CRE) など
処方内容		
所見		
令和 年 月 日 住所 医療機関名 電話番号 医師氏名 印		