

# 介護老人保健施設ケアガーデン津山 利用申込書

記入日： 年 月 日

申込者氏名：

利用者	フリガナ 氏名	-----	男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日生 ( 歳)
	住所	〒		電話			

※連絡先は必ず2名の方をご記入ください。

連絡先①	フリガナ 氏名	-----	続柄	
	住所	〒		電話 (自宅) ----- (携帯)

連絡先②	フリガナ 氏名	-----	続柄	
	住所	〒		電話 (自宅) ----- (携帯)

利用希望サービス	1:入所    2:短期入所    3:通所リハビリ
----------	----------------------------

利用申込理由	
--------	--

現在の状況	1:自宅で生活(独居・同居)
	2:入院中( 年 月 日 ~ ) ・医療機関名( )
	3:施設入所中( 年 月 日 ~ ) ・施設名( )
	4:その他( )

医療機関	・かかりつけの医療機関: ( )
	・その他受診をされている医療機関: ( ) ( ) ( )

現在の病名	
-------	--

既往歴	
-----	--

介護保険	要介護度	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・申請中・変更中
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	ケアマネジャー	事業所名: 担当者名:
	負担割合	1割・2割・3割

入所希望の方のみ記入	介護保険負担限度額認定	1段階・2段階・3段階・4段階・未認定
	利用希望居室タイプ	個室・2人部屋・4人部屋 (複数回答可)
	退所後の予定	在宅生活・他施設入所・未定

通所希望の方のみ記入	利用希望曜日: 月・火・水・木・金・土	入浴希望: あり・なし
------------	---------------------	-------------

# 診療情報提供書

介護老人保健施設ケアガーデン津山 御中

年 月 日

紹介元医療機関等の所在地  
名称

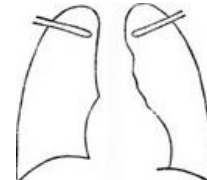
医師氏名

印

患者氏名			
患者住所	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
電話番号	—	—	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月 日

傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)			
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日

既往歴			
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日
・	発症年月日	年	月 日

症状経過、検査結果及び 治療経過	胸部レントゲン
	
	異常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	撮影日 年 月 日

現在の処方	採血データ(※入所の場合に記入を、◎は通所の場合には必ず記入をお願いします) 尚、採血データ用の紙を添付していただいてもかまいません		
	※WBC		※AST
	※RBC		※ALT
	※◎Hgb		※◎Cr
	※TP		備考
感染症	HBV(+-) HCV(+-) その他( )	※◎ALB	

要介護状態等区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中
----------	--

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
----------------------	---

認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
----------------	---

今後の診療に関する助言等
--------------

備考
----

必要書類として、血液検査の項目のデータがあれば添付いただきますようお願いいたします