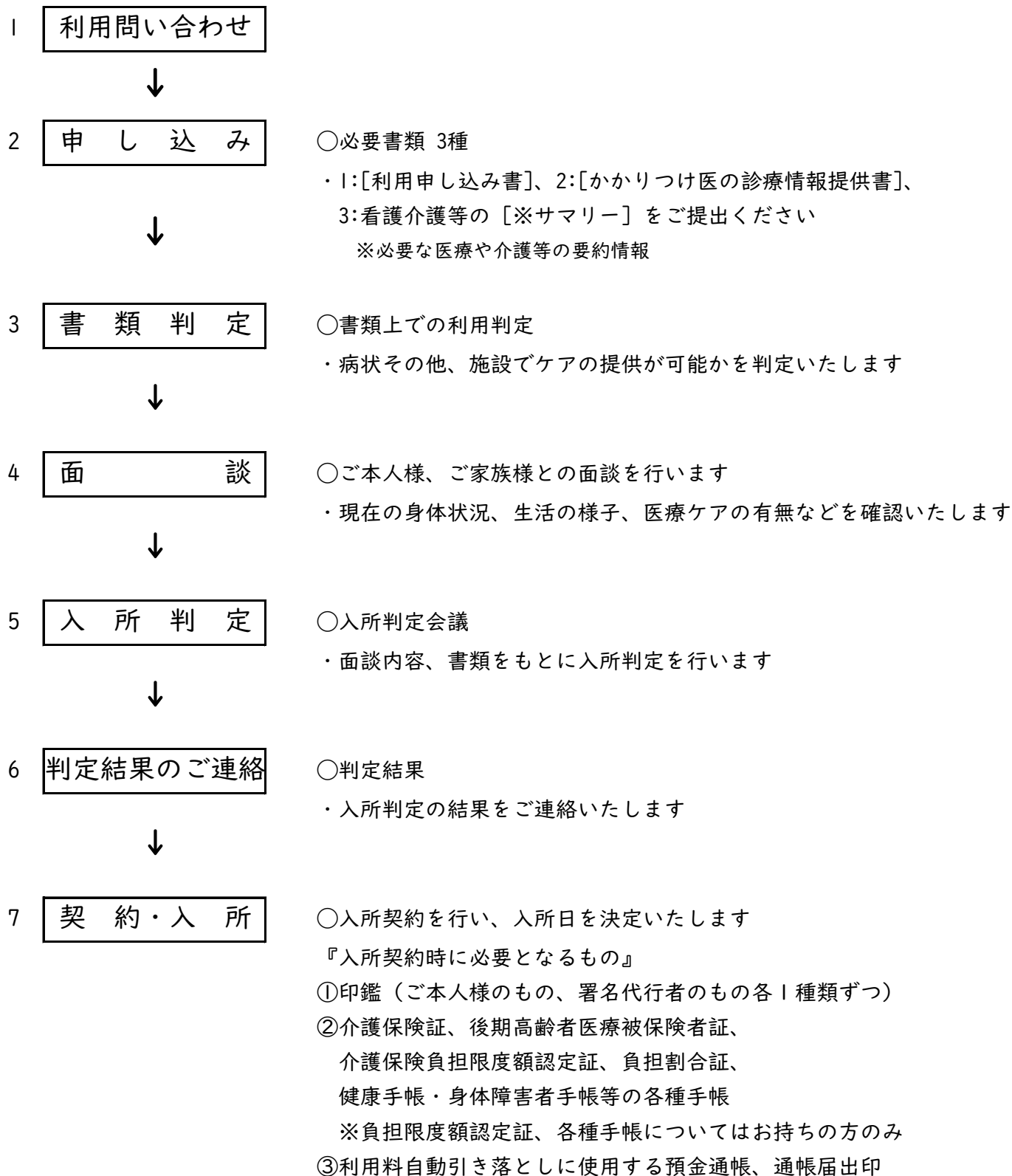


利用申し込みの流れ

(介護老人保健施設 四季の郷)



利用申し込み書

介護老人保健施設 四季の郷

申込日	年 月 日 ()		1 入所 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> ユニット個室A <input type="checkbox"/> ユニット個室B 2 ショートステイ		
利用者	フリガナ 氏名	性別	生年月日 年 月 日 歳		
	〒 住所	要介護度		電話番号	
介護保険証有効期限	年 月 日まで	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	負担段階	
在宅かかりつけ医					
申込者 連絡先①	フリガナ			続柄	
	氏名			固定電話	
	〒 住所			携帯電話	
					職場電話
連絡先 ②	フリガナ		続柄	〒 住所	
	氏名			連絡先	携帯 職場
連絡先 ③	フリガナ		続柄	〒 住所	
	氏名			連絡先	携帯 職場
利用の理由					
現在の状況	1. 入院中 2. 施設入所中 3. 自宅 4. その他				
	在宅担当ケアマネ：		入院・入所中等であれば相談員：		
生活歴	ご本人の生まれ育ちや家族構成、過去の仕事や趣味など。				

診療情報提供書(入所・短期入所時用)

介護老人保健施設 四季の郷

ふりがな 氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日
住所	〒		TEL	
傷病名 及び 発症日	*アレルギー： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		既往歴	
処方 内容				
処置 内容	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 (部位：) <input type="checkbox"/> インシュリン () <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> なし		胸部X線検査	撮影日※直接撮影(R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見)



各種検査※データ添付可

血液 検査	(採血日： R 年 月 日)					
	WBC (×10 ² /μL)	ALB (g/dL)	AST (U/L)	クレアチニン (mg/dL)		
	RBC (×10 ⁴ /μL)	HDL-C (mg/dL)	ALT (U/L)	UA (mg/dL)		
	Hb (g/dL)	LDL-C (mg/dL)	γ-GTP (U/L)	血糖値 (mg/dL)		
	血小板 (×10 ⁴ /μL)	TG (mg/dL)	BUN (mg/dL)	HbA1c (%)		
尿 検査	(検査日： R 年 月 日)					
	尿蛋白： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+			尿糖： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 4+		
感染症 検査	(検査日： R 年 月 日)					
	HBS抗原： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +		HCV抗体： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +		RPR定性： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	
結核の既往： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			その他の伝染性疾患： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
心電図 検査	(検査日： R 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり()					
心身 状況	身長	cm	体重	kg	血圧(mmHg/ mmHg)	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位：)		関節拘縮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位：)		
	疼痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位：)		排尿状態 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> カテーテル		
	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					
	障害高齢者の日常生活自立度 <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					
	周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻覚幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 (BPSD) <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし					

その他特記事項

記入日： R 年 月 日 所在地：

医療機関名：

医師名：

TEL：

㊞