

利用申込書

伊豆慶友介護医療院

記入日	年 月 日			
利用者	フリガナ		男・女	生年月日 (歳)
	氏名			大・昭 年 月 日
	住所	〒 (同居・独居)		
	電話	自宅：		
申込者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話	自宅：	携帯：	

申込理由	<input type="checkbox"/> 長期入所 <input type="checkbox"/> 在宅復帰 (月頃まで入所希望) <input type="checkbox"/> リハビリ目的 <input type="checkbox"/> 他施設の入所待ち (施設名：)		
保険証情報	介護保険証	要介護 1 2 3 4 5 ・ 要支援 1 2 ・ 申請中 ・ 更新中	
	認定期間	平成 ・ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで	
	介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 ※所得によって負担割合が変わります	
	医療保険証	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保社保 () <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費	
	<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 : <input type="checkbox"/> 申請済み (月 日頃) <input type="checkbox"/> 申請予定 (月 日頃) <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成金受給者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 医療保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 視覚、 <input type="checkbox"/> 聴覚、 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく、 <input type="checkbox"/> 肢体、 <input type="checkbox"/> 内部)		
医療情報	かかりつけ医	病院名： 科 先生	
	主な疾患	1. 2. 3.	
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 入院中	<input type="checkbox"/> 伊豆慶友病院 <input type="checkbox"/> 他院：	
	<input type="checkbox"/> 入所中	<input type="checkbox"/> 施設名：	
	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 居宅支援事業所： <input type="checkbox"/> 担当者ケアマネ：	
備考	お部屋の希望 : <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室		

※入所判定時に「診療情報提供書」が必要となります。

診療情報提供書

施設名：

御中

(フリガナ) 氏名	様	男性 女性	生年月日	大正 昭和	年	月	日	歳
病名 合併症								
既往歴								
経過								
日常生活自立度				アレルギー				
寝たきり度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			無・有(内容：)				
認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M							

1.検査項目

検査年月日 (年 月 日)							
血液検査	WBC	RBC	Hb	Ht	PLT	HDL_C	
	Alb	GOT	GPT	T-Chol	TG	BUN	
	Cre	UA	CRP	BS 食前・食後 (h)	HbA1c		
	Na	K	Cl	PT-INR (ワファリン服用者のみ)			
尿検査	蛋白	潜血	糖	肺炎球菌ワクチン接種	未・不明・済 (年 月 日)		
感染症	HBs抗原	(+ ・ -)		胸部X-P	【所見】		
	(HBs抗体)	(+ ・ -)			肺腫瘍様所見 (+ ・ -)	肺結核様所見 (+ ・ -)	
	HCV抗体	(+ ・ -)			COPD様所見 (+ ・ -)	心肥大様所見 (+ ・ -)	
	梅毒TPHA法	(+ ・ -)					

2.感染症がある場合、または心疾患があり検査をしている場合は、下記に検査項目を記載して下さい

感染症	疥癬	(+ ・ -)		心電図	【所見】		
	MRSA	(+ ・ -)			異常なし		
	《咽頭・鼻腔・その他》	(1+ 2+ 3+)			異常あり		
	緑膿菌	(+ ・ -)					
	《検体： 》	(1+ 2+ 3+)					

※最新の検査データを添付(状態が落ち着いている場合は6ヶ月以内の検査データでも可)

※処方薬リストを添付(他科での処方薬も含む)

上記の通り診断いたします。

年 月 日 医療機関

所在地

電話

名称

医師氏名

科

印

氏名		様	男・女	生年月日					
				T・S	年	月	日	歳	

健康状態

身長： cm 体重： kg	視覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不可 言語理解 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不可 発語 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 不可 褥瘡・皮膚の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input type="checkbox"/> 総入歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯	
<input type="checkbox"/> 麻痺あり <input type="checkbox"/> 麻痺なし 部位：	継続している医療行為・器具・補助具の状況及びリスク等

リスク	ベッド	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低床
	ベッドマット	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防 <input type="checkbox"/> エアマット
	身体拘束	<input type="checkbox"/> センサーマット <input type="checkbox"/> ミトン (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 3点柵 <input type="checkbox"/> 4点柵 <input type="checkbox"/> ベルト (体幹 ・ 一本 ・ 三角)

日常生活動作状況

動作	自立度	使用用具	特記事項
起き上がり・寝返り	自立・一部介助・全介助・不可		
立位	自立・一部介助・全介助・不可		
移乗	自立・一部介助・全介助・不可		
移動	自立・一部介助・全介助・不可		
食事	自立・一部介助・全介助・不可	嚥下状態： <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常時むせる トロミ使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 禁食： アレルギー：	食事形態：一般・療養食 () 食 カロリー： kcal/日 主食： 副食： その他：
口腔ケア	自立・一部介助・全介助・不可		
排泄 (日中)	自立・一部介助・全介助・不可	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット	
排泄 (夜間)	自立・一部介助・全介助・不可	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット	
尿意 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	便意 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストーマ	排便の状態 <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> その他 ()
入浴動作	自立・一部介助・全介助・不可	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴	
整容	自立・一部介助・全介助・不可		
衣服着脱	自立・一部介助・全介助・不可		
服薬	自立・一部介助・全介助・不可		

特記事項

記入日： 年 月 日
 記者者： _____