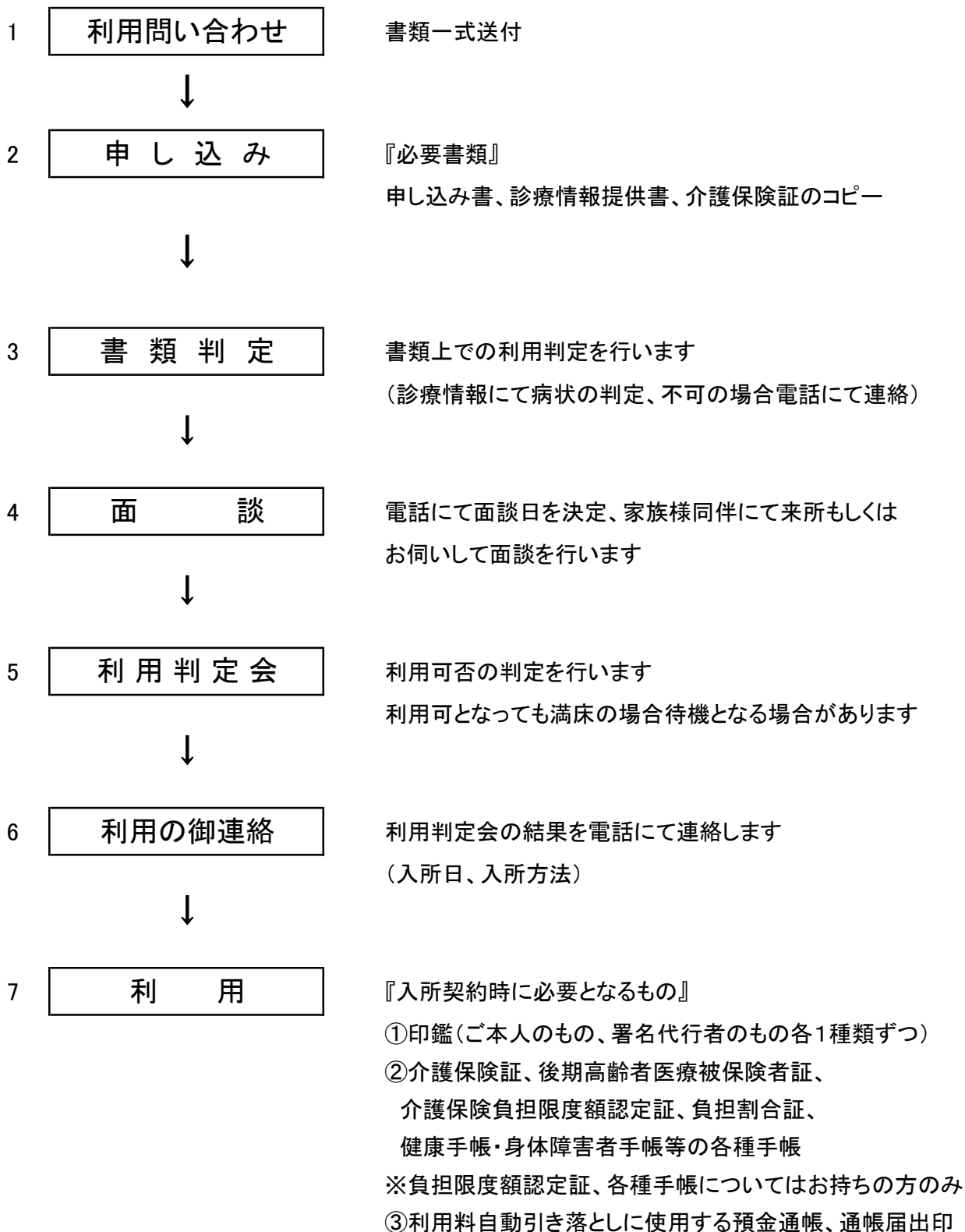


利用申し込みの流れ

(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 ・ユニット個室 ・多床室 2 短期入所 3 通所リハビリ
-----	----------	---

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

申込者	フリガナ 氏名	続柄	電話番号
	〒 住所		携帯電話

その他	氏名 フリガナ	続柄	〒 住所	連絡先	携帯	その他()
	氏名 フリガナ	続柄	〒 住所	連絡先	携帯	その他()


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・入居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。
-----	--

負担割合： 段階： 在宅かかりつけ医：

診療情報提供書(入所・短期入所時用)

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
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()		現在までの経過	
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		胸部X線検査	撮影日※直接撮影(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: 年 月 日)			
	WBC /ul)	CRP (mg/dl)	AST (IU/L)	クレアチニン (mg/dl)
	RBC /ul)	HDL-C (mg/dl)	ALT (IU/L)	血糖値 (mg/dl)
	血小板 (%)	LDL-C (mg/dl)	γ-GTP (IU/L)	HbA1c (%)
	ALB (g/dl)	TG (mg/dl)	BUN (mg/dl)	

尿検査	(検査日: 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: 年 月 日)	
	HBS抗原: <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + HCV抗体: <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +	TS,TPHA: <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
	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: 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(BPSD) <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 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()		

その他特記事項

記入日: 年 月 日	医療機関名
	医師名 ㊞
	所在地 TEL