

社会福祉法人 上智社会事業団 介護老人保健施設 まちや ご利用申し込み書

※ご相談者の方は、太枠のみご記入下さい。

個人コード		申し込み年月日：	年	月	日	
フリガナ					性別	男・女
利用者氏名	殿				性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	()	歳
住所	〒					
	電話番号 ()					
フリガナ					性別	男・女
申請者氏名	殿				性別	男・女
	続柄 ()					
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	()	歳
住所	〒					
	(昼) 電話番号 ()					
	※携帯電話でも結構です。(夜) 電話番号 ()					
救護区分 <input type="checkbox"/> 独歩 . <input type="checkbox"/> 護送 . <input type="checkbox"/> 担送						
ご利用希望	<input type="checkbox"/> 入所		<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 通所	
利用理由	<input type="checkbox"/> 日常生活訓練 <small>(リハビリ、食事入浴等)</small>		<input type="checkbox"/> 介護の休養		<input type="checkbox"/> 在宅介護困難 <input type="checkbox"/> その他	
現在の居場所	<input type="checkbox"/> 在宅		<input type="checkbox"/> 老人保健施設		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 併設病院 <input type="checkbox"/> その他の病院	
退所後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅復帰		<input type="checkbox"/> 施設(有料・特養)		<input type="checkbox"/> 検討中	
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室 <small>※個室のみ差額料別途でございます。</small>		<input type="checkbox"/> 3人部屋		<input type="checkbox"/> 4人部屋	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし		<input type="checkbox"/> 高齢者世帯		<input type="checkbox"/> 同居世帯	
保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険		<input type="checkbox"/> 社会保険		<input type="checkbox"/> 生活保護	
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級)		対象機能障害名：	

～ご相談者の方へお願い～

- ① 面接日当日の持ち物として、保険証、老人受給者証をご持参下さい。
- ② 面接日当日に、ご利用者が同席できない場合、ご本人の様子が変わりやすいので、写真をご持参下さい。
※強制ではありませんので、無いようでしたら結構です。

臨床検査 所見	尿定性 実施日(令和 年 月 日)		実施日(令和 年 月 日)	
	糖:	蛋白:	潜血:	身長 cm
	血液検査 実施日(令和 年 月 日)		体重 kg	
	血液一般	生化学		
	WBC	TP	HDL-C	血圧 /
	RBC	ALB	LDL-C	
	Hb	GOT	TG	心拍数
	血小板	GPT	Cr	
		LDH	Na	皮膚疾患 あり・なし (疾患名) ()
		ALP	K	
	CRP	rGTP	Cl	
		T-Bil	BS	
		UA	HbA _{1c}	褥瘡 あり・なし (部位・大きさ) ()
		BUN		
	特殊検査			白癬 あり・なし (部 位) ()
感染症 実施日(令和 年 月 日)		心電図		
HBs抗原 +・-				
HCV抗体 +・-				
TPHA(定性) +・-				
MRSA +・-				
疥癬 +・-		実施日(令和 年 月 日)		
胸部X-P	実施日(令和 年 月 日) 異常: あり・なし CTR %		異常: あり・なし	
認知症	あり(軽・中・重)・なし HDS-R 点 (実施日(令和 年 月 日))			
認知症の 周辺症状	あり・なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <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				