

# 利用申込書

有料老人ホーム

令和 年 月 日

石垣 一燈園 施設長 殿

申込者 (連絡先)	〒 -	住所	
		氏名	印
	電話 -	FAX -	
		続柄	
		職業 (勤務先)	

下記の通り、有料老人ホーム 石垣 一燈園を利用したいので申し込みます。

## 1. 利用希望者の氏名・住所等

フリガナ		生年	M	T	S			
氏名		月日			年	月	日	歳
		性別			男	・	女	
現住所	〒 -						電話 -	

## 2. 現在の状況・病名・同居家族等

現在の所在	在宅 (通院中)	入院中	入所中
	病院又は施設名 _____		
病名	1.	2.	3.
家族状況	独居	老人夫婦	息子夫婦 娘夫婦 その他 ( )

## 3. 入所希望の理由 (今困っていること等)

理由	-----	要介護度区分 (該当するものに○)
	-----	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	-----	認定年月日
	-----	年 月 日
	-----	認定の有効期間
	-----	年 月 日 ~ 年 月 日
	-----	介護保険被保険者番号
	-----	

※添付書類…主治医の診断書(別紙) ・ 身体及び精神等の状況調査書(別紙)

※注意事項…お申し込みの際、介護保険被保険者証の確認をさせていただきますので利用申込書と共に被保険者証(写しでも可)をご持参下さい。



# 診 断 書

氏 名		男・女	M・T・S 年 月 日生
病 名	1. _____	初 診 年 月 日	1. _____年 _____月 _____日
	2. _____		2. _____年 _____月 _____日
	3. _____		3. _____年 _____月 _____日
	4. _____		4. _____年 _____月 _____日
	5. _____		5. _____年 _____月 _____日

現病歴：

既往歴： 高血圧・心臓病・結核・呼吸器疾患・悪性腫瘍・糖尿病・尿路疾患  
 頭部（血管障害等） ・ 外傷 その他（ ）  
 薬剤アレルギー： 無・有（ ）

身体所見： 身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍 \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_  
 聴診所見： 心音 \_\_\_\_\_ 呼吸音 \_\_\_\_\_  
 腹部所見： \_\_\_\_\_  
 神経学的所見： \_\_\_\_\_

検査結果  
 尿：（ 年 月 日） 蛋白（ ） 糖（ ） 潜血（ ） ウロビリ（ ）  
 血液：（ 年 月 日） RBC \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_ Ht \_\_\_\_\_ WBC \_\_\_\_\_  
 PLT \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ ALB \_\_\_\_\_ T-BiI \_\_\_\_\_ GOT \_\_\_\_\_ GPT \_\_\_\_\_  
 γ-GTP \_\_\_\_\_ LDH \_\_\_\_\_ T-CHOL \_\_\_\_\_ BUN \_\_\_\_\_ Cr \_\_\_\_\_  
 Na \_\_\_\_\_ K \_\_\_\_\_ Cl \_\_\_\_\_ FBS \_\_\_\_\_ CRP \_\_\_\_\_ 血液型 \_\_\_\_\_  
 HBs-Ag \_\_\_\_\_ HCV-Ab \_\_\_\_\_ STS \_\_\_\_\_  
 ECG所見（ 年 月 日） \_\_\_\_\_  
 胸部X線所見（ 年 月 日） \_\_\_\_\_

処方：

- ・障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）  
 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
- ・痴呆性老人の日常生活自立度  
 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
- ・HDS-R（長谷川式） \_\_\_\_\_ 点
- ・食欲：
- ・睡眠：

特記事項：（点滴・注射等の処置、その他の治療内容があればご記入下さい。）

住 所  
 医療機関名  
 医 師 名

令和 年 月 日

印