# 介護老人保健施設　葵の園・我孫子　利用申込書

医療法人社団　葵会　　令和　　年　　月　　日
介護老人保健施設　　葵の園・我孫子
施　設　長　　殿

申請者住所
申請者氏名　　印
本人との続柄

私は（次の者）は、介護老人保健施設　葵の園・我孫子を利用したいので、次の通り申請致します。

| | |
|---|---|
| 利用者名 | 生年月日　　大・昭<br>男・女　　年　　月　　日　　歳 |
| 住所　〒<br>電話番号 | |
| 希望内容 | 1．入所　　2．通所リハビリテーション（デイケア）　　3．短期入所（初回）<br>4．介護予防通所リハビリテーション（予防デイケア）　5．介護予防短期入所（初回）<br>利用希望時期　　平成　　年　　月　　日頃より |
| 申請理由 | |
| 退所後の予定（※入所のみ） | 1．自宅（予定日：平成　　年　　月　　日）2．病院（名称：　　病院）<br>3．施設入所申請中（申請日：平成　　年　　月　　日）＝施設種別（　　）<br>4．その他（　　） |
| 現在の状況 | 1．在宅　　2．病院（名称：　　病院）<br>3．施設（名称：　　）　　4．その他（　　） |
| 介護保険の種別 | 申請中・区変中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5<br>被保険者番号　（　　）<br>認定年月日（平成　　年　　月　　日）<br>有効期間（平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日）<br>介護保険負担限度額認定証　（申請中・無し・有り） |
| 保険の種別 | 国保・社保・生保　保険者番号（　　）　記号・番号（　　・　　）<br>後期高齢者医療保険者番号（　　）被保険者番号（　　） |
| 身体障害者手帳 | 無し・有り（　障害名：　　）<br>種　　級　　番号（　　）　　年　　月　　日交付 |

| 同居している家族 | 氏　名 | 年齢 | 続柄 | 氏　名 | 年齢 | 続柄 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

緊　急　連　絡　先

| | 氏　名 | 年齢 | 住　所 | 電話番号 | 勤務先・携帯電話番号 | 続柄 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ① | | | | | | |
| ② | | | | | | |
| ③ | | | | | | |

医療法人社団　葵会
介護老人保健施設　葵の園　我孫子

# 健康診断書・診療情報提供書（通所リハビリテーション指示書）

| | |
|---|---|
| 氏名　　男・女 | T・S　年　月　日生 |
| 住所 | TEL: |
| 現疾患<br>＿＿＿＿＿＿（　年　月　日発病）<br>＿＿＿＿＿＿（　年　月　日発病）<br>＿＿＿＿＿＿（　年　月　日発病） | 既往症<br>＿＿＿＿＿＿（　年　月頃）<br>＿＿＿＿＿＿（　年　月頃）<br>＿＿＿＿＿＿（　年　月頃） |

現在の状況

指示事項（リハビリやインスリン、浣腸等特に必要のある場合に記入）

【症状としての見通し】　☐ 改善　☐ 不変　☐ 悪化

【リハビリの可能性】　☐ 積極的に　☐ 現状維持　☐ 不可

【受診状況】　☐ 定期的　☐ 不定期　☐ なし

【受診手段・方法】　☐ 自力　☐ 要介助　☐ 車いす　☐ 往診

【服薬指示】　☐ なし　☐ あり

投薬内容（複写添付可能）

【介護に際して注意すべき特記事項（認知症の程度・精神神経症状の有無等）】

【感染症】

疥癬　（　あり　・　なし　）

MRSA　（　＋　・　－　）

肺結核　胸部X線（　年　月）所見（　　）

肝炎　HBs抗原　：　無　・　有　　HCV抗体　：　無　・　有

その他（疾患名　：　　）

【栄養改善】

身長　（　　cm　）

体重　（　　Kg　）

BMI　（　　）

入浴の可否（　可　・　否　）

入浴中止時:

血圧　／　mmHg以上　／　mmhg以下

体温　　℃以上

脈拍・呼吸についての中止事項

（　　）

リハビリの可否（　可　・　否　）

運動開始時の中止基準:

血圧　／　mmHg以上　／　mmhg以下

体温　　℃以上

脈拍・呼吸についての中止事項

（　　）

認知症の有無　：　無　・　有（　Ⅰ　・　Ⅱa　・　Ⅱb　・　Ⅲa　・　Ⅲb　・　Ⅳ　・　M　）

その他参考意見（血圧　・　摂食　・　移動等）

上記の通り診断します。

医療機関名　　診療科名

担　当　医　　印　　TEL:

FAX:

令和　年　月　日