

社会福祉法人 いじみの福祉会 サービス利用申込書

どうぞお気軽にお問い合わせください TEL 0254-23-1117 (パルcomfy陽だまり苑内)

陽だまり苑 新発田市 岡田 1746 (食品団地前)	コンフィ陽だまり苑 新発田市 諏訪町 1丁目10-38 (新発田駅前)	パルcomfy陽だまり苑 新発田市 中央町 5丁目4番2号 (新発田中央高等学校 旧グランド跡地)	陽だまり苑ふえりあ 新発田市 富塚町 2丁目
グループホーム	ケアハウス	サービス付高齢者住宅	サービス付高齢者住宅
特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	特別養護老人ホーム

入居申込者	氏名	様 (続柄) 明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	住所	〒 - 電話() -		
	入居希望	1. 今すぐ 2. 退院後すぐ 3. 将来	入居希望時期	年 月 頃
	私共の施設をどのようなきっかけでお知りになりましたか?	1. 知人からのご紹介 2. 知人が施設を利用していた(利用している) 3. 介護支援専門員からの紹介 4. 広報 5. ホームページを見て 6. 建物を見て 7. その他()		

入居者の状況	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名	様	性別	男・女	年齢	歳
	住所	〒 - 電話() -				
	要介護度 有・無	要支援	1・2		有効期間	平成 年 月 日から
		要介護	1・2・3・4・5			平成 年 月 日まで
	担当介護支援専門員様	(事業所名) (氏名) 様				
	施設の申し込み状況	1. 陽だまり苑のみ 2. 他の施設に申し込みをしている。				
	(他の申し込み施設名)	① ② ③				
	現在の状況	1. 自宅で過ごしている (<input type="checkbox"/> お一人暮らし <input type="checkbox"/> ご家族と同居) 2. 施設・病院へ入所している(施設・病院名)				
	現在ご利用中のサービス					
1. ショートステイ(事業所名) 4. 訪問看護(事業所名) 2. デイサービス(事業所名) 5. 訪問入浴(事業所名) 3. 訪問介護(事業所名) 6. その他(事業所名)						

入居者の状況	現在治療中の病気	病名	医療機関名(係つけ医)	受診頻度など
	医療の状況	1. 経管栄養 (□胃ろう □経鼻) 2. 留置カテーテル 3. 糖尿病(インスリン□有 □無) 4. 人工肛門 5. 酸素療法 6. 気管切開 7. 人工透析 8. その他()		
身体の状態	・食事 : ご自分で食べる ・ 介助が必要である ・入浴 : 家庭浴 ・ 機械浴 ・ 清拭 ・排泄 : トイレ ・ オムツ使用 ・歩行 : お独りで歩ける ・ 歩けるが不安定 ・ 歩けない (杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子)使用 施設に伝えたい事()			
医療保険	1. 国民健康保険 2. 後期高齢者医療 3. 社会保険 4. 生活保護			
年金	有・無	金額 約 万円/2ヵ月		
	種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 恩給 (老齢・遺族) (老齢・遺族)		

同居のご家族(代表2名様)

氏名	続柄	生年月日	職業(勤務先)	携帯電話番号
様		明・大・昭・平 年 月 日		
様		明・大・昭・平 年 月 日		

同居ご家族がおられない場合(ご親族)

氏名	続柄	生年月日	住所	職業(連絡先)
様		明・大・昭・平 年 月 日		
様		明・大・昭・平 年 月 日		

情報収集に関するご同意

貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族)に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所、他介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。

令和 年 月 日

入居申込者 様
(自署) _____

診療情報提供書
(社会福祉法人いじみの福祉会 入所及び利用申込用)

R 年 月 日

(フリガナ)				
患者氏名			様	男・女
生年月日	M・T・S	年	月	日
				生

提供元			
住 所			
医療機関名			
医師氏名	印		

主病名 1. 年 月 日 頃～発症 2. 年 月 日 頃～発症 3. 年 月 日 頃～発症 経過	既往症 現処方
--	----------------------------------

検査・所見 X 線の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日撮影 心電図の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり CT又はMRI ※検査されている場合は記入して下さい。 感染症 ※検査されている場合は記入して下さい。 HBV (＋・－) 梅毒 (＋・－) HCV (＋・－) MRSA (＋・－) (＋・－) (＋・－)	身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg 血液・尿検査 ※伝票 (またはコピー) の添付でもよいです。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">血液検査結果</th> <th colspan="2">尿 (定性) 検査結果</th> </tr> <tr> <td>白血球</td> <td>$10^3 / \text{mm}^3$</td> <td>尿蛋白</td> <td></td> </tr> <tr> <td>赤血球</td> <td>万 $/ \text{mm}^2$</td> <td>ブドウ糖</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血色素</td> <td>g / dℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td>(%)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板</td> <td>万 $/ \text{mm}^2$</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ※他に特記すべき検査結果がありましたら記入 (添付) 下さい。	血液検査結果		尿 (定性) 検査結果		白血球	$10^3 / \text{mm}^3$	尿蛋白		赤血球	万 $/ \text{mm}^2$	ブドウ糖		血色素	g / dℓ			ヘマトクリット	(%)			血小板	万 $/ \text{mm}^2$		
血液検査結果		尿 (定性) 検査結果																							
白血球	$10^3 / \text{mm}^3$	尿蛋白																							
赤血球	万 $/ \text{mm}^2$	ブドウ糖																							
血色素	g / dℓ																								
ヘマトクリット	(%)																								
血小板	万 $/ \text{mm}^2$																								

心身の状況 認知症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 精神異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 1) 短期記憶障害 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 2) 見当識障害 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> その他	食 事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 麻 痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 褥 創 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位 備考
---	---