

デイサービス・ショートステイ いこい 利用申込書

利用者氏名	フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明	年	月	日生				
						<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭							
住所	〒													
電話 — —														
介護保険証番号	保険者番号				被保険者番号				介護保険					
									要支援	要介護				
									1・2	1・2・3・4・5				
認定有効期間		平成 令和			年	月	日	～	平成 令和			年	月	日まで
担当居宅介護支援事業所名		電話 — —												
担当介護支援専門員氏名														
ご利用者状況	身体的状況（現在の身体的状況・病歴等についてご記入ください。）													
	精神的状況（現在の精神的・情緒的状況・行動等についてご記入ください。）													
主治医	医療機関名													
	担当医師名						電話 — —							
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先				電話番号							
身元引受人	氏名					印	続柄							
	住所	〒												
電話 — —														

令和 年 月 日

デイサービス
ショートステイ いこい 殿

上記のとおり、デイサービス
ショートステイ いこい の利用を申し込みます。

申込者 住所 〒

氏名

続柄

電話

— —

介護サービス利用の診療情報提供書（診断書）

氏名	様	男・女	M T S	年	月	日生 (才)
住所	TEL					
身長・体重	cm	kg	BMI		アルブミン値	g/dl
口腔	現在の口腔状態	(良好・不良)		口腔管理の必要性	(有・無)	
栄養 食生活	現在の栄養状態	(良好・不良)		栄養管理の必要性	(有・無)	
	褥瘡の有無	(有・無)		嚥下	(良好・不良)	
血圧	/	mmHg	検尿	蛋白 ()	糖 ()	潜血 ()
診断名				伝 染 性 疾 患	胸部レントゲン	令和 年 月 日 撮影 直接・間接・透視 ・異常あり ・異常なし
現病歴 および 既往歴					・肝炎ウイルス HBs 抗原 (+ ・ -) HBs 抗体 (+ ・ -) HCV 抗体 (+ ・ -)	
投薬内容					・血清梅毒反応 (+ ・ -) ・MRSA () (+ ・ -) ・疥癬 (有 ・ 無) ・その他	
施設での生活上の注意事項および問題行動				歩行・排泄・食事等の能力		
				・歩行 (自立 ・ 要介護 ・ 不可) ・排泄 (自立 ・ 要介護 ・ オムツ ・ 他) ・食事 (自立 ・ 要介護 ・ 不可) ・その他		
施設の利用 (可 ・ 不可)						
上記のとおり診断情報提供 (診断) します。				令和	年	月 日
住所						
医療機関名						
医師氏名				印		
TEL				FAX		