

介護老人保健施設 フォーシーズンズヴィラいろいろ 利用申込書

受付日 令和 年 月 日

ご利用者様	フリガナ			男	生年月日・年齢		※介護老人保健施設いろいろをお知りになったきっかけ。	
	氏 名			様	☐ M ☐ T ☐ S 年 月 日 歳	☐ 病院 ☐ 介護保険事業者 ☐ 知人・親類		
	住 所	〒				☐ インターネット ☐ その他() 紹介元の名称 ()		
現在の居所	☐ 在宅 ☐ 病院 ☐ 施設		連絡先	()		担当者名		
	病院・施設・居宅支援事業者名							
入所期間	利用区分	☐ 入所 ☐ 1ヶ月 ☐ 3ヶ月 ☐ 6ヶ月 ☐ その他() ☐ 短期入所 令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() 日間						
	利用目的	☐ 日常生活訓練 ☐ 介護者の状況 ☐ 退院後の在宅療養準備 ☐ 住宅環境 ☐ 施設待機 ☐ その他()						
介護保険	保険者番号			被保険者番号			介護負担限度額認定 ☐ 有 ☐ 無 第 段階	
	要介護認定	☐ 新規申請中 ☐ 未申請		認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 区分変更中 ☐ 更新手続き中	
健康保険	種 類	☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 社会保険 ☐ 組合・共済保険						
	医療費助成	☐ 有 ☐ 無		☐ 身体障害者医療受給者証 ☐ 特定疾患医療受給者証 ☐ その他()				
	障害認定	☐ 有 ☐ 無		☐ 身体障害 ☐ 知的障害	種 級	認定年月日	☐ S ☐ H ☐ R 年 月 日	
年金	年金種別	☐ 厚生年金 ☐ 国民年金 ☐ 企業年金 ☐ その他()						
	受給状況	1ヶ月平均額 約 万円		市都県民税等の課税状況		☐ 有 ☐ 無		
連絡先	①	様 続柄		電話	()		☐ 日中 ☐ 夜間 ☐ 常時	
	②	様 続柄		電話	()		☐ 日中 ☐ 夜間 ☐ 常時	
	③	様 続柄		電話	()		☐ 日中 ☐ 夜間 ☐ 常時	
介護老人保健施設フォーシーズンズヴィラいろいろの入所要件の内容に理解・同意の上において同施設の入所利用を申込むと同時に、入所判定の際に使用する必要な個人情報の利用に同意致します。 ※いろいろでは入所申込のために提出された書類を入所判定目的にのみ使用し他の目的には転用することは一切いたしません。								
【入所希望者】 氏名 印								
【家族代表者】 氏名 印 続柄 電話 ()								
〒 - 住所								

現在ご利用されている居宅サービス	サービスの内容		頻 度		事業所名	
			週・月に	回程度		
			週・月に	回程度		
			週・月に	回程度		
			週・月に	回程度		
			週・月に	回程度		
既往歴・主病名		病名	診断時期		入院期間	病院名
	過去にかかった病気		年 月頃			
			年 月頃			
			年 月頃			
			年 月頃			
			年 月頃			
	現在治療中の病気		年 月頃			
			年 月頃			
			年 月頃			
			年 月頃			
ご利用の際に希望すること						
退所後の方針						
特別養護老人ホームへの申し込み（している・していない）						
* 申込みされている場合 施設名						
施設名						
施設名						
施設名						

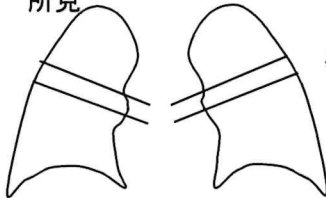
健康診断書

(横浜市介護老人保健施設共通様式)

(注)この書式は基本的な健康診断書です。疾患に基づく検査データがありましたら添付してください。

フリガナ 氏 名		男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
住 所	TEL		

病 名		既 往 歴	
症 状 経 過		処 方 内 容	

(身長 cm) (体重 kg) (血圧 / mmHg) (脈拍 回/分)							
検査所見	【検査日 年 月 日】						
尿	<table border="1"> <tr> <td>蛋 白</td> <td>— 土 +</td> </tr> <tr> <td>糖</td> <td>— 土 +</td> </tr> <tr> <td>潜 血</td> <td>— 土 +</td> </tr> </table>	蛋 白	— 土 +	糖	— 土 +	潜 血	— 土 +
蛋 白	— 土 +						
糖	— 土 +						
潜 血	— 土 +						
感 染 症	<table border="1"> <tr> <td>H B s</td> <td>抗原精密 — +</td> </tr> <tr> <td>H C V</td> <td>抗 体 — +</td> </tr> <tr> <td>疥 癬</td> <td>— + 部位()</td> </tr> </table>	H B s	抗原精密 — +	H C V	抗 体 — +	疥 癬	— + 部位()
H B s	抗原精密 — +						
H C V	抗 体 — +						
疥 癬	— + 部位()						
胸部レントゲン【撮影日 年 月 日】 所見  異常なし ・ 異常あり							
心電図 異常なし ・ 異常あり ()							
※心電図のコピーを添付してください							
皮膚疾患(含褥瘡)	無 ・ 有()						
アレルギー(食物・薬)	無 ・ 有()						
麻 痺	無 ・ 有()						
拘 縮	無 ・ 有()						
特記事項							

上記のとおり、診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師 氏名

印

医療情報提供書のお願い

医療機関各位

介護老人保健施設
フォーシーズンズヴィラいろどり

平素は健康診断書作成にご協力いただき誠にありがとうございます。
当施設の利用者様の受入審査に際し、下記の検査データをお知らせくださいますようお願い致します。検査データの数値の記入、または検査報告書のコピー添付をお願い致します。また、疾患に関連した検査データの添付もお願い致します。

尚、検査データは3ヶ月以内の検査値でお願い致します。

患者名 _____ 様

検査日 年 月 日

生化学	総ビリルビン	
	GOT	
	GPT	
	ALP	
	γ -GTP	
	LDH	
	BUN	
	クレアチニン	
	尿酸	
	Na	
	K	
	Cl	
	総コレステロール	
	LDLコレステロール	
	中性脂肪	
	CRP	
血液一般	WBC	
	RBC	
	Hb	
	Ht	
	PLT	
糖尿病	血糖（食前）	
	HbA1c	
心疾患	心電図のコピーを添付	
栄養状態	ALB	
	TP	