

書類提出のご案内

医療法人社団 甲有会
アネシスもとやま
施設長

拝啓 いつもご愛顧賜り誠に有難うございます。

さて、 小規模多機能型居宅介護 グループホーム のご利用に際しましてのお申込み・事前面接をできるだけスムーズに運ばせていただきますために、事前に下記の書類のご提出をお願い申し上げます。

お忙しい中、誠に恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

敬具

<提出書類>

1. 利用申込書
2. アンケート用紙（わかる範囲で結構です）
3. 介護保険被保険者証の写し（申請中の方は、介護保険資格者証の写し）
4. 診療情報提供書（主治医の先生に記入をお願いいたします）
※診療情報提供書については面接時にご用意いただければ結構です
5. 緊急連絡先

<送付先>

〒658-0015 神戸市東灘区本山南町 6-3-5

アネシスもとやま

小規模多機能型居宅介護 TEL : 078-431-7337 FAX : 078-431-8885

グループホーム TEL : 078-431-7557 FAX : 078-431-8885

※ご提出は、郵送・FAX のどちらでも結構です。

アネシスもとやま 利用申込書

申込受付日 年 月 日

ふりがな		性別		M T S		年 月 日 (歳)
利用者氏名		男・女	生年月日			
利用者住所	〒 _____ 電話 (_____)					
ふりがな		申込者住所	〒 _____			
申込者氏名			電話 (_____) 携帯等 (_____)			
希望サービス	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	利用希望開始時期(年 月 日から利用希望)				
		主に利用したいサービス(訪問 ・ 通い ・ 泊まり)				
	<input type="checkbox"/> グループホーム	今すぐ入所希望 ・ 年 月 日から入所希望 ・ 未定				
利用希望の理由及び目的	主な疾患名 及び病状					
要介護区分	申請中 ・ 要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5			認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
居宅介護支援事業所	事業所名				担当ケアマネジャー名	
	TEL	(_____)				
主治医連絡先	医院名				担当医師名	
	TEL	(_____)				
現在の状況	1 入院中 (入院先 病院) 2 施設入所中 (入所先) 3 独居 4 その他 () 5 家族と同居 ※ 右表へ、同居中の家族名を記載下さい。 →				※同居中の家族	氏名
						続柄
住宅情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て ・ マンション ・ ハイツ <input type="checkbox"/> 車いす(有り ・ 無し) <input type="checkbox"/> エレベーター (有り ・ 無し) <input type="checkbox"/> 歩行補助用具 <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段 (有り ・ 無し) (杖 ・ 三点杖 ・ 四点杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー) <input type="checkbox"/> トイレ (和式 ・ 洋式 ・ ポータブル) <input type="checkbox"/> その他					

医療法人社団甲有会 アネシスもとやま

〒658-0015 神戸市東灘区本山南町6-3-5
 小規模多機能型居宅介護 TEL:078-431-7337 FAX:078-431-8885
 グループホーム TEL:078-431-7557 FAX:078-431-8885

※利用申込書はFAXで送信していただいても構いません。個人情報保護のため、着信確認のお電話をいただければ幸いです。

診療情報提供書

医療機関名

平成 年 月 日 ()

所在地

電話番号

担当医師名

㊞

ふりがな			連絡先 〒	—	
氏名			男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)		TEL.	()	
傷病名					
経過・現症状及び加療内容					
投薬内容					
血液検査	実施日	年	月	日	身長
					cm
					体重
					kg
白血球	総コレステロール		疥癬	+	-
赤血球	尿素窒素		HBs抗原	+	-
ヘモグロビン	クレアチニン		HCV抗体	+	-
ヘマトクリット	尿酸		Wa氏	+	-
血小板	K		血圧	/	
血清蛋白	Na		検尿	・蛋白	
アルブミン	空腹時血糖			・糖	
A S T	HbA1c			・ウロビリノーゲン	
A L T	C R P				
中性脂肪					
レントゲン結果 所見	異常なし		異常あり		
心電図結果 所見	異常なし		異常あり		
行動障害	なし・徘徊・不穏・攻撃行動・不潔行為・その他()				
精神状態	正常・心気症状・不安・うつ・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害・その他()				
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症老人自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
要介護度	申請中・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5				
長谷川式簡易知能評価スケール	実施日	平成	年	月	日
					点
介護上の注意事項：					

◆アンケート(利用申し込みと一緒にご提出をお願いします)

ご利用希望者氏名

申込後の連絡先

※申込に際しお問い合わせをさせて頂くこともございますので、必ずご記入下さい。

連絡先①	_____	続柄 ()	TEL	_____
連絡先②	_____	続柄 ()	TEL	_____
連絡先③	_____	続柄 ()	TEL	_____

既往歴

※今までかかった病気やけがについてご記入下さい。(手術した場合は□にチェックを入れて下さい)

病名	_____	発症時期	年	月	日	<input type="checkbox"/>	手術した
病名	_____	発症時期	年	月	日	<input type="checkbox"/>	手術した
病名	_____	発症時期	年	月	日	<input type="checkbox"/>	手術した

服用中の薬 (本アンケートを診療情報提供書と一緒に提出して下さる場合は不要です。)

(_____)

現在の状況

※該当する□にチェックを入れて下さい。

<input type="checkbox"/>	入院中	病院名	_____	病院	_____	入院日	年	月	日	退院予定日	年	月	日
<input type="checkbox"/>	施設入所中	施設名	_____	入所日	年	月	日	退所予定日	年	月	日		
<input type="checkbox"/>	自宅療養中	※ご利用になられたことがあるサービスにチェックしてください。											
<input type="checkbox"/>	ショートステイ	<input type="checkbox"/>	デイケア	<input type="checkbox"/>	デイサービス	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input type="checkbox"/>	訪問看護				
<input type="checkbox"/>	訪問入浴	<input type="checkbox"/>	福祉用具レンタル・購入	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ	<input type="checkbox"/>	住宅改修						

現在の身体状態について

※ わかる範囲でご記入下さい。

1: 自立 2: 見守り 3: 一部介助 4: 全介助 ※該当する番号に○を入れて下さい。

寝返り	:	1	2	3	4	座位	:	1	2	3	4	食事	:	1	2	3	4
起き上がり	:	1	2	3	4	移動	:	1	2	3	4	更衣	:	1	2	3	4
立ち上がり	:	1	2	3	4	排泄	:	1	2	3	4	整容	:	1	2	3	4

身長 _____ cm 体重 _____ kg

その他気になることや困っていることがありましたらご記入下さい。

(_____)

緊急連絡先

利用者	フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名				

緊急連絡先1	フリガナ		性別	続柄	年齢	
	氏名				歳	
	住所	〒 -				
		建物名称				
	電話	-	-	携帯電話	-	-
	FAX			メール*		

緊急連絡先2	フリガナ		性別	続柄	年齢	
	氏名				歳	
	住所	〒 -				
		建物名称				
	電話	-	-	携帯電話	-	-
	FAX	-	-	メール*		

緊急連絡先3	フリガナ		性別	続柄	年齢	
	氏名				歳	
	住所	-				
		建物名称				
	電話	-	-	携帯電話	-	-
	FAX	-	-	メール*		

※内容によってメールでのご連絡を希望される場合は、ご記入ください。

主治医	医院名		医師名	
	電話			

居宅	事業所		担当 ケアマネ	
	電話			