

おおさ苑短期入所生活介護事業所利用申込書

利用希望者 _____ 様 について

下記の通り、基本的な情報をお知らせします。

情報提供事業所名	
介護支援専門員氏名	
作成年月日	

フリガナ						〒	-					
氏名	生年月日	M	年	月	日	性別	住所	Tel	-			
保険者	被保険者番号						後期高齢者医療					
介護度	認定期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日		

病名			服薬状況	※お薬説明書又はお薬手帳のコピー等、別紙で情報提供の場合は別紙添付で結構です							
既往歴				かかりつけ医	病医診療所	入院希望病院					
					先生	病院	病院				

家族構成（同居）	氏名	続柄	年齢	備考	ジェノグラム							
緊急連絡先	氏名	続柄	自宅電話	生活歴								
	住所		携帯									

食事					障害老人自立度					認知症老人自立度						
排泄					視力					言語						
更衣					聴力					意思疎通						
入浴					アレルギー					伝染病疾患						
異動					生活の様子											
医療行為																
短期記憶					その他											
認知症周辺症状																

介護状況他											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

おおさ苑
短期入所生活介護事業所
 電話 0867-98-3600
 fax 0867-98-3572