

医療法人コムラ病院 短期入所療養介護利用申込書

西暦 年 月 日

利用希望者	ふりがな		男・女	明治	年	月	日	
	氏名			大正				日
	住所	〒 ☎						( )歳
要介護度		要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5						
介護保険負担限度額認定証		第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 該当せず						
医療機関名				主治医				
住所				電話番号				
診断名(病名)				内服薬: あり ・ なし				
				点眼薬: あり ・ なし				
既往歴 (今までに入院や手術を行ったことがあるか等)		(例)平成21年5月～脳梗塞 (〇△病院入院)		塗り薬: あり ・ なし				
				その他薬: あり ・ なし				
				お薬手帳: あり ・ なし				
特別な医療		無 ・ インスリン注射 ・ 血糖チェック ・ 経管栄養(経鼻・胃瘻) ・ 在宅酸素 ・ 尿道留置カテーテル ・ 中心静脈点滴 ・ 人工呼吸器 ストーマ ・ 褥瘡 ・ 吸引 ・ その他( )						
ADL等の状況	移動	独歩 ・ 歩行器 ・ 車椅子(自走: ) ・ ストレッチャー				特記		
	食事	食物アレルギー 有 ・ 無 有の場合( ) 自立 ・ 全介助 ・ 一部介助( )						
		食事形態 常食 ・ きざみ ・ とろみ ・ 水分のみとろみ ・ 糖尿病食 ・ 腎臓病食						
	歯磨き	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助( )				[義歯]あり (総義歯・上顎のみ・下顎のみ・部分) ・ なし		
	入浴	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助( )				特記		
	排泄	自立 ・ 全介助 ・ 一部介助( )				特記		
	視覚	普通 ・ 近くなら可 ・ 全盲				[眼鏡] あり ・ なし		
	聴覚	普通 ・ 大声で可 ・ 聞こえない				[補聴器] あり ・ なし		
意思疎通	通じる ・ ある程度 ・ 通じない				特記			
問題行動	記憶障害	失見当	攻撃的行為	身長	体重			
	火の不始末	徘徊	不潔行為	cm	Kg			
	不穏興奮	その他( )						

緊急連絡先①	氏名		続柄 ( )	電話		
	住所				携帯	
緊急連絡先②	氏名		続柄 ( )	電話		
	住所				携帯	
家族状況	氏名		年齢	続柄	同居/別居	居住市区町村
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
					同 / 別	
家族構成	=		経済状況	国民年金・厚生年金・共済年金・その他( )		
				月額又は年額	円/月・年	
介護保険状況	居宅介護支援事業所等名称					
	電話番号					
	担当ケアマネジャー氏名					

必要書類	① 介護保険証(コピー) ② 介護保険負担割合(コピー) ③ 介護保険負担限度額認定証(コピー) ④ 健康保険証(コピー) ⑤ 被爆者健康手帳(お持ちの方のみ:コピー) ⑥ 重度障害者医療受給者証(お持ちの方のみ:コピー) ⑦ 特定診療費(指定難病)証明書 (お持ちの方のみ:コピー) ⑧ 薬手帳 (お持ちの方のみ:コピー)
------	--