

# 利用相談申込書

グループホームふれんど伊川谷

利用者本人	(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女			
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 — 電話 ( ) —					
申込者	(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女			
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 — 電話 ( ) —					
	緊急連絡先	電話 ( ) —					

要介護度	要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	有効期限 平成 ・ 令和 年 月 日 ~ 年 月 日
居宅介護支援事業所	
ケアマネジャー	

家族構成	氏名	年齢	続柄	住所 ・ 電話	職業	同居
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無

緊急連絡先		氏名	続柄	連絡先	電話番号
	①				携帯 ( ) —
					昼 ・ 夜 ( ) —
	②				携帯 ( ) —
					昼 ・ 夜 ( ) —
	③				携帯 ( ) —
				昼 ・ 夜 ( ) —	

# 診療情報提供書

年 月 日

医療法人社団 すすむ会  
グループホーム  
ふれんど伊川谷苑

医療機関名  
住所

電話番号  
(FAX)

主治医氏名 ⑩

患者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日	( 歳)
患者住所		電話	( )	—			
現在の状況	現病名						
	投薬中の薬剤						
	認知症の有無	無 ・ 有 ( 軽度 ・ 中度 ・ 重度)					
	認知症診断の理由						
既往歴							
生活上の留意点:							
検査	WBC:	/ $\mu$ l	RBC:	$\times 10^4$ / $\mu$ l	PLT:	$\times 10^4$ / $\mu$ l	
	r-GTP:	IU	GOT:	IU	GPT:	IU	
	CRE:	mg/d	ALB:	mg/dl	GLU:	mg/dl	
	ABO式型:		Rh型:				
	血圧 :	/	mmHg	~	/	mmHg	
感染症	HCV ( + ・ - )	HBs ( + ・ - )		Wa氏 ( + ・ - )			
	MRSA ( + ・ - )	(部位: )					
その他 データがあれば ご記入ください	ECG ( 問題 無 ・ 有 ) 胸部 X-P ( 問題 無 ・ 有 ) 頭部 CT ・ MRI ( 問題 無 ・ 有 )						