

グリーンランドみずき(短期入所生活介護)利用申込書 兼 緊急連絡先

利用申込日 令和 年 月 日 ()		利用形態 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 短期(予防)				
ご利用希望者	フリガナ		生年月日	M・S・T 年 月 日		
	氏名		年齢	性別		
	住所	〒		電話番号		
	介護保険情報	被保険者番号			要介護度	
		認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			
	介護保険負担限度額認定証	なし (市民税課税世帯) ・ あり (第一段階・第二段階・第三段階)				
	現在の居場所	自宅 (独居 ・ 同居) ・ 病院 ・ 施設 ・ その他 ()				
		病院・施設名など:				
		〒			電話番号	
	ご希望のご利用期間					
送迎希望	送 迎 希 望 (あり ・ なし)					
申込者・緊急連絡先①	フリガナ			続柄		
	氏名					
	住所	〒		電話番号		
		身元引受人・支払責任者・緊急連絡先1		携帯電話		
緊急連絡先②	フリガナ			続柄		
	氏名					
	住所	〒		電話番号		
		緊急連絡先2		携帯電話		
主治医	フリガナ			所属医療機関		
	氏名					
	住所	〒		電話番号		
		診療科				
特記事項	※ご家族での介護状況や問題点、ご利用者のご意見・ご希望などを記入してください					
担当ケアマネ	事業所番号					
	事業所名					
	担当者					
	電話番号			FAX		

施設診療情報提供書

特別養護老人ホーム
グリーンランドみずき
短期入所生活介護事業所 殿

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

利用者	フリガナ		
	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)		
既往歴			
処方内容			
医学的 情報	経管栄養	: あり・なし (鼻腔・胃瘻)	
	点滴	: あり・なし	
	インスリン注射	: あり・なし (u)	
	留置カテーテル	: あり・なし	
	ストーマ	: あり・なし	
	喀痰吸引	: あり・なし (回 / 時間)	
	酸素療法	: あり・なし (l)	
	ペースメーカー	: あり・なし	
	痙攣・失神発作	: あり・時にあり・なし	
検査	HBS抗原	: + -	TPHA : + - HCV抗体: + -
	MRSA	: + - 不明	疥癬 : + - 不明