

入居申込書

平成 年 月 日

<入居者>


住所	(〒 -)				
ふりがな 氏名	TEL				
	血液型		型 RH ()		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢		性別	男・女
生活形態	1. 一人暮らし 2. 夫婦のみ 3. 家族と同居				
現在の 生活場所	1. 自宅 2. 一般病院 3. 特別養護老人ホーム 4. 老人保健施設 5. 療養型病床群 6. 有料老人ホーム 7. その他 ()				
	病院名 または 施設名				
要介護状態	要支援 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 申請中 (年 月 日)				
ケアプラン 作成者	所属機関			ワーカー・ケアマネ その他]	
	ふりがな 氏名			TEL	

<申込者>

住所	(〒 -)				
ふりがな 氏名	TEL				
	携帯				
生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢		続柄	

--

健康診断書

氏名		男・女		明・大・昭		年 月	
住所							
身長		体重		kg		血液型	
視力		右 () 左 ()		眼疾		無・有 ()	
聴力		右 左		言語障害		無・有 ()	
結核性疾患	異常 無・有 胸部X線像 (正近3ヶ月以内のもの) 所見 平成 年 月 日 直接・間接			尿検査 田撮影		蛋白 () ウロビリノーゲン () 糖 () 潜血 ()	
				血圧		mmHg mmHg	
				皮膚		無・有 ()	
				義歯		無・有 ()	
				泌尿器系		無・有 ()	
感染症		MRSA () 緑膿菌 () 疥癬 () その他 () 腸管系伝染病病原菌 異常 無・有 ()		精神神経系		無・有 ()	
				四肢運動機能		無・有 ()	
				ECG		無・有 ()	
検査	HB 抗原 ()		アルブミン ()		既往歴		
	HB 抗体 ()		BUN ()				
	梅毒反応 ()		クレアチニン ()				
	白血球 ()		HbA1C ()				
	赤血球 ()		CRP ()				
	ヘモグロビン ()		Na ()				
	ヘマトクリット ()		K ()				
	GOT ()		Cl ()				
GPT ()		TG ()		その治療及び投薬			
T-P ()		T-cho ()					
検査日 平成 年 月 日							
現在治療中の病名							
該当の番号に○を付けてください。 1 健康 2 治療の必要なし 3 投薬が必要 4 通院治療が必要				入浴の注意事項		入浴 適・否 (血圧等、入浴の際に注意すべき事項を記入してください)	
健康所見 (異常有の場合は、集団生活で配慮すべき点などを記入してください)							
上記のとおり診断します 平成 年 月 日 住所 医療機関名 担当医師名 印							