

入居申込書

平成 年 月 日

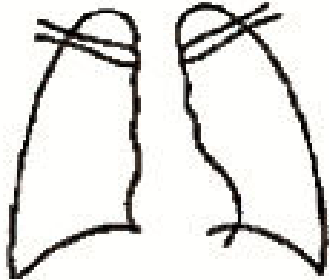
<入居者>

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	
	ふりがな 氏名			その他[]	
				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	日	(歳)				
住所			電話								
現病歴			既往歴								
認知症状 無・有 (軽度・中度・高度)											
現在の内服薬					検査日		平成	年	月	日	
			尿検査	蛋白		潜血					
				糖							
			血液検査	白血球		血色素					
				赤血球		ヘマトリット					
				総蛋白		TG					
				GOT		BUN					
				GPT		Cre					
r-GTP		血糖									
Tcho		CRP									
身長:	cm	体重:	kg	胸部所見 異常 無・有							
血圧:	/	mmHg		直接 間接							
				撮影 平成 年 月 日							
特記事項											
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							