

入居申込書

平成 年 月 日

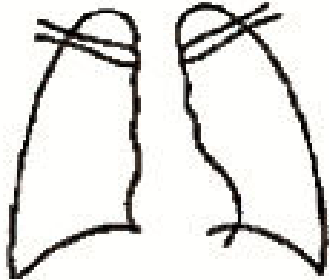
<入居者>

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	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			尿検査	検査日 平成 年 月 日				
				蛋白	潜血			
			血液検査	糖				
				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				
特記事項			撮影 平成 年 月 日					
								
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					