

介護老人保健施設入所利用同意書

事業者名 介護老人保健施設 友楽苑
 代表者名 施設長 高橋 貞二

説明担当者 氏名 _____ 印 _____

介護老人保健施設友楽苑を入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙3を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

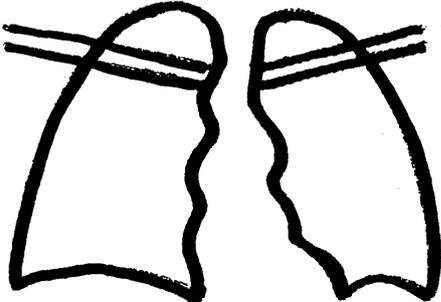
ふりがな _____ 男・女 _____	M・T・S
入所者氏名 _____ 印 _____	年 月 日 (歳)
〒 _____ TEL _____	
住所 _____	続 柄 _____
ふりがな _____ 男・女 _____	続 柄 _____
身元引受人 (申 込 者)氏名 _____ 印 _____	続 柄 _____
〒 _____ TEL 昼 _____	
住所 _____	夜 _____
ふりがな _____ 男・女 _____	続 柄 _____
保証人氏名 _____ 印 _____	続 柄 _____
〒 _____ TEL 昼 _____	
住所 _____	夜 _____
【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】	
氏名 _____	
住所 _____	

【本約款第10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

氏 名 _____ (続柄 _____)
住 所 _____ 〒 _____ TEL 昼 _____
夜 _____

診 断 書

氏 名		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	歳	男・女
住 所					
病 名					
既往歴					
現病歴 および 現 症					
麻 痺	有・無	上肢 (右・左)	下肢 (右・左)		
精 神 状 態	※精神状態 (◎常にある ○時々ある △時にある) () 記憶力低下 () 失見当識 () 大声・独語 () 排泄失禁 () 清潔感喪失 () 興奮				
	[特記事項] 問題行動など				
ADL	※ 0 : 全介助 1 : 部分介助 2 : 自立 () ベッド上での起き上がりや座位保持 () 食事 () 入浴 () 歩行・移動 (手段) () 排泄 () 更衣				
	[特記事項]				

[処方内容]		[胸部 X 線写真] (直近 3 ヶ月以内) 年 月 日 撮影 (直接・間接)		
				
血液型 ABO 式 () Rh 式 ()		MR S A		
[梅毒血清反応] 方法 ()		喀痰 (+・-) 尿 (+・-) 瘡部 (+・-)		
[HB s 抗原] ()		褥瘡 (有・無)		
[HCV] ()		仙骨部 大転子部 (左・右) 外果部 (左・右) その他 ()		
医師の 所見	入院加療	要・否	伝染性疾患	有・無
病医院名と その所在地		年 月 日		
医師名		印		