

年 月 日

アゼリヤ会 生活支援ショートステイ利用申込書

社会福祉法人アゼリヤ会
養護老人ホーム美山苑
施設長殿

申込者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

ふりがな ご利用者		男	生年月日 大・昭 年 月 日
		女	年齢 歳
介護度	・要介護認定を受けましたか？（はい・いいえ） ・受けている場合は、その結果に○をつけてください。 ・非該当・要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5		
住所	〒		
電話番号			
緊急連絡先 連絡先	① 氏名： 〒	続柄：	電話： 携帯：
ご住所	② 氏名： 〒	続柄：	電話： 携帯：
希望利用日	(来苑日) 年 月 日 時から (食事) 朝 昼 夕 (帰宅日) 年 月 日 時まで (食事) 朝 昼 夕		
申込み理由			
その他備考			

診療情報提供書

養護老人ホーム美山苑 生活支援ショートステイ

氏名					住所				
	大・昭	年	月	日					
既往歴									
現在治療中の病気									
現在服用中の薬剤名									
感染症	確認	年	月	日					
HBS抗原	(+ -)								
HCV抗体	(+ -)								
梅毒	(+ -)								
X線所見	結核								
皮膚感染症疾患	(有 無)								
疥癬	(有 無)								
MRSA加療	(有 無)								
X線検査不可の場合									
通常バイタル	血圧	脈	体温	呼吸					
認知症所見									
かかりつけ医療機関名・担当医名					平成	年	月	日	