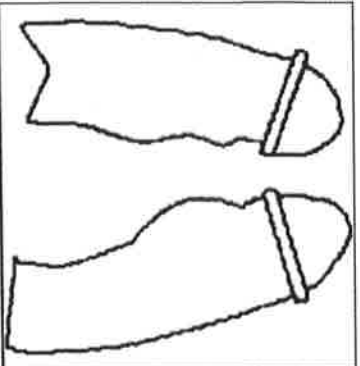


介護サービス共通健康診断書

(個人情報取扱注意)

ふりがな			②男・女	③明・大・昭	年	月	日
①氏名							
④住所	〒		電話				
⑤現在の病名 介護サービス提供 上、重要なものから 順に記入してください。	1 発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定						
	2 発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定						
	3 発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定						
	4 発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定						
	5 発症日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定						
⑥主な既往歴							
⑦病状及び経過							
⑧使用中の薬剤 *用法・用量を記 入して下さい。	血圧 / mmHg 脈拍 /分 整・不整						
⑨実施中の処置 □なし □あり * ありの場合は実施 中の処置にチェックを して下さい。また指示 事項などあれば記入 して下さい。	□留意カテーテル □じょくそう処置 □経管栄養 □中心静脈栄養 □人口肛門 □吸引 □透析 □インシュリン注射 □酸素療法 □気管切開 □胃ろう □その他						
	指示事項						
⑩認知症 □なし □あり * ありの場合は当 てはまる自立度い ずれかにチェック をして下さい。 * 問題行動がある 場合はその内容を 記入して下さい	認知症老人の日常生活自立度						
	□ I 何らかの認知を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立してる						
	□ II 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、 誰かが注意していれば自立できる						
	□ a 家庭外で上記の状態が見られる						
	□ b 家庭内でも上記の状態が見られる						
	□ III 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を要する						
□ a	日中を中心として上記の状態が見られる						
	□ b 夜間を中心として上記の状態が見られる						
	□ IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、常に介護を要する						
	□ M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門的治療を要する						
問題行動 □あり □なし	内容						

介護サービス共通健康診断書

⑪胸部X線検査 *原則全員に実施して下さい。但し六ヶ月以内に撮影しており、特に変化のない場合は、その所見に基づき記入していただいて差し支えありません。 *在宅、身体状況、設備上の都合で実施できなかった場合は、未実施にチェックし、自我覚所見や他の検査所見から呼吸器疾患の有無につきコメントをお願いします。	実施日 年 月 日 異常所見 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 	⑫肝炎ウイルス検査 HBS抗原(＋) HCV抗体(＋) *原則全員に実施して下さい。但し、過去に実施歴があり新たな感染が疑われない場合は、その結果に基づきご記入下さい。また他院での検査や肝炎ウイルス検査のデータがあれば、それを基に記載していただいても差し支えありません。 *実施日はすぐにわかる場合のみ記入していただければ結構です。 ⑬MRSA、その他の感染症(疥癬、梅毒など) *MRSAについてはIVH、気管切開、留置カテーテルなど医療処置中で感染が疑われる場合、抗菌薬耐性の感染症がある場合などに限り、細菌検査を実施して下さい。 *疥癬を疑う皮膚所見や症状があれば、皮膚科受診等で確定診断をつけて下さい。
--	---	--

⑭サービス提供上の留意事項	移送留意: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 入浴 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 食事制限 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 服薬確認 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 留意事項、指示内容:
----------------------	---

⑮備考 *特記すべき事項(検査データ等)があれば記入して下さい。	
--	--

上記の通り診断する。 平成 年 月 日

☐下記条件に従い複写することに同意する。☐この診断書を複写することには同意しない。
 (いずれかにチェックを入れてください。病状が不安定または複写が不適切な場合は“同意しない”にチェックして下さい)

医療機関名 _____ 所在地 _____

医師名 _____ 印 _____

電話 _____ FAX _____

◎記載上の留意点

- 1.全ての項目について記載して下さい。
- 2.☐は当てはまる場合にチェックして下さい (例 ☒)。
- 3.*に従って記入して下さい。
- 4.介護サービス利用、施設入所の際、この診断書の内容だけでは不十分な場合があるので、必要に応じて血液検査や画像の結果等を添付して下さい。
- 5.この診断書の使用期限は診断日から1年間です(記載日の患者の状態を1年間保証するものではありません)。

◎複写の条件

- 1.使用期限(上記診断日から1年以内)内に限る。
- 2.複写ができる者は、本人及び本人から文書で委託を受けた介護支援専門員のみです。
- 3.上記「複写すること」に同意する」欄に記載医師がチェックしていること。

複写実施者名 _____ 印 _____

実施日 年 月 日
 診断書記載医師同意確認日 年 月 日

注意点

- ①この診断書を複写する場合は、必ずその都度診断書記載医師に連絡し、同意を得てください。
- ②上記同意欄にチェックが無い場合はもちろん、複写にあたって連絡した際に、診断書記載医師が複写に同意しない場合は、絶対に複写しないで下さい。
- ③複写は必ず原本から行い、複写したものの各々に日付と実施者の氏名を記入し、捺印して下さい。

◆ご入居者様の契約時の必要書類◆

1. 入居申込書及び契約時の書類
 - ・入居申込書（入居申込書に記入等漏れがない場合には、提出不要です）
 - ・主治医の診断書
 - ・ご入居者様の認印、連帯保証人様の実印
 - （入居契約書等に押印）
 - ・連帯保証人様の印鑑証明書及び住民票各1通
 - ・ご入居者様の現住所が確認できる書類
 - （入居日時点の住民票、介護保険証、医療受給者証のいずれか）
 - ・介護保険証、介護保険負担割合証、健康保険証、後期医療保険証、医療受給者証等
原本をご持参ください。コピーをとらせていただきます。
 - ・利用料等の引き落とし口座の通帳及び銀行印
（利用料等を口座引き落としにされる場合に必要）
 - ・当法人が必要と判断した書類
2. 入居契約書
 - ・ご入居者様・連帯保証人様用1通と会社用1通の計2通を作成し、1通をご本人様・連帯保証人様、1通を会社で保管します。
 - *ご入居者様と連帯保証人様それぞれ契約書の原本が必要な場合はその旨お申し出ください。3通作成いたします。
3. 介護情報等の書類
 - ・今までの介護情報を提供下さい
 - ・今までの居宅介護支援事業所の担当ケアマネをお教え下さい
4. 家財保険等
 - ・火災保険は施設（会社）で一括して加入致しますが、個人で家財保険等の加入を希望される場合は、保険会社をご紹介します。

◎入居契約時は、ご本人様の他、連帯保証人様を最低でも1名、定めて頂く必要があります。

以上

持ち物 一覧

ご利用ありがとうございます。
株式会社サンガジヤパンは、利用者様の明るく元気ですこやかなヒューマンライフを支援いたします。

★ 必要書類 ★

※各証明書に変更がありましたら、新しいものを速やかにお持ちください。

1	後期高齢者医療保険証
2	介護保険証、介護保険負担割合証

居室には、エアコン(冷暖房)、収納、カーテン、電動ベッド、照明器具は完備しております。その他は必要に応じて、御自身で準備ください。

★ 持ち物 ★

1	下着	数枚
2	衣類 (上着、ズボン、靴下等)	数枚
3	パジャマ	数セット
4	バスタオル	フェイスタオル 5枚程度
5	食事用エプロン	(必要な方)
6	紙パンツ、紙おむつ、パット等	(必要な方)、ラバーシーツ2枚
7	上履き	(はきやすく、滑りにくいもの)
8	歯ブラシ 歯磨き粉	うがい用コップ (割れない、把手のついたもの)
9	入れ歯、入れ歯入れ、入れ歯洗浄剤	(使用の方)
10	薬(一包化し2週間程度、必ずお持ちください。)	
11	薬事情報	(薬の情報が記入されているもの)
	※不安定な家具は転倒のリスクが伴いますのでご遠慮下さい。	
12	雑貨 (写真 置時計 居室の装飾品)	
13	電化製品 (テレビ ラジオ 電気髭剃り機等)	
14	ゴミ箱(居室で使用されるもの)	
15	その他日用品(ハンガー、トイレトペーパー、ヘアークラシ、アイソシュ、洗濯かご、ご家族様用スリッパ等)	

◎ 持ち物にはすべてお名前をご記入下さい。

株式会社サンガジヤパン

その他、ご不明な点は、
各施設までお気軽にお問
い合わせ下さい。

入居申込書

受付番号	NO.
受付日	令和 年 月 日
担当者	

申込日	令和 年 月 日	住所	〒
フリガナ			
氏名			
続柄		連絡先	自宅 携帯

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳
氏 名		連 絡 先	自宅： 携帯：		
住 所	〒				
収入の種類	1.年金（国民年金・厚生年金・共済年金） 2.給与 3.その他（ ）				
要介護度	申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	保険者番号	
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		被保険者番号		
居宅介護支援事業所名			ケアネ各連絡先		様
居宅サービスの利用状況	無 ・ 有 （有の方は下記の回数をお答えください） ・訪問介護 回／週 ・訪問リハ 回／週 ・訪問入浴 回／週 ・デｲｹｰﾍﾞｽ 回／週 ・ｼｮｰｰﾄ 回／月 ・福祉用具 ・その他（ ）				
医療機関受診状況	主治医： 医療機関名： 既往歴（疾患名）：（ ） 感染症：無・有（ ） 認知症：（ ）				
医療行為（有の方は番号に○を付けて下さい）	1. 人工肛門 2. 人工透析 3. 在宅酸素 4. 糖尿病（食事療法等） 5. 心臓ﾊﾞｰｽｸｰｶｰ その他（ ）				
介護・医療上特記事項					
入居申込理由					
入居希望部屋	階	号室	入居希望時期	① すぐにでも ②令和 年 月頃	
特記事項					
フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日	歳
連帯保証人様氏 名		連 絡 先	自宅： 携帯：		
住 所	〒				続柄

※個人情報保護に関する法律ならびに関連する法令を厳守いたします。
※入居希望者様または連帯保証人の承諾のない限り、お預かりした個人情報を利用目的以外に使用することはありません。
※本申込書の提出が入居の決定ではございません。

入居希望者様または連帯保証人様のご署名	令和 年 月 日	氏 名	印
---------------------	----------	-----	---