

# 情報提供表 (利用者紹介状)

令和 年 月 日 作成担当者

入居希望日		令和 年 月 日 午前 ・ 午後 :				
フリガナ 氏 名		生年月日		M・T・S 年 月 日		
住 所		〒 -		本籍地		
現 住 所		〒 -		電話番号		
家 族 構 成 図			氏 名		続柄	電 話 番 号
			1			
			2			
			3			
			4			
			5			
		6				
本人◎ 死亡●■ 男性□ 女性○ 同居を○で囲む						
身元保証人	住所	〒 -			電話番号	自宅
	氏名				携帯	
年 金 関 係		老齢福祉年金 ・ 障害福祉年金 ・ 恩給 ・ 公務扶助料 ・ 厚生年金 ・ 国民年金				
		1ヶ月合計 円 ( )				
生 活 保 護		1ヶ月の保護費 円				
		担当区	〒 -			電話番号
		担当者				
医 療 保 険		健保（本・扶） ・ 国保（本・扶） ・ その他（本・扶）				
障害者手帳		有 ・ 無		級 障害名		
介 護 保 険	有 ・ 無		自立 ・ 要支援 ( ) ・ 要介護 ( )			
	事業所名		ケアマネ氏名			
	事業所住所		事業所TEL			
	認定年月日		被保険者番号			
	認定有効期限		保険者名称			
	利用内容		デイサービス ・ デイケア ・ 訪介 ・ 訪看 ・ その他			
入居の理由						

趣味・嗜好品	趣味		酒	
	好きな食べ物		タバコ	
	嫌いな食べ物		その他	
A D L	移動（歩行）	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（ ）		
	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 食事形態 / 常食 ・ 全粥 ・ きざみ ・ ミキサー 治療食（ ）		
	排 泄	自立 ・ 一部介助（ トイレ ・ Pトイレ ） 全介助（ パット ・ リハビリパンツ ・ オムツ ）		
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助（ ）		
身 体 状 況	麻 痺	なし ・ あり（ ）		
	視 力	普通 ・ 弱視（ 1m ・ 目の前 ） ・ ほとんど見えない 眼鏡 / なし ・ あり（ ）		
	聴 力	普通 ・ やや難 ・ 難聴 補聴器 / 右 ・ 左 ・ なし		
	口 腔	自歯 / なし ・ あり（ 上歯 本 : 下歯 本 ） 義歯 / なし ・ あり（ 上歯：部分・全部 上歯：部分・全部 ）		
精 神 状 況	性 格	朗らか ・ 几帳面 ・ 凝り性 ・ わがまま ・ 頑固 ・ 短気		
	対人関係	拒否的 ・ 普通 ・ 協調的 ・ その他（ ）		
	精神障害	なし ・ あり（ うつ ・ 抑うつ ・ 幻覚 ・ 幻聴 ・ せん妄 ） 問題行動 /		
	睡眠障害	なし ・ あり（ ） 眠剤 / なし ・ あり（ ）		
	障害者高齢者の日常自立度（寝たきり度）		自立 ・ J 1 ・ J 2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度		自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V	
医 療 関 連 情 報	<主治医>		<主治医以外の通院科>	
	<現病名>		<内服薬>	
	<既往歴>		<外用薬>	

情 報 提 供 表 (別紙)

入居に際してご本人様の希望	
入居に際してご家族様の希望	
今までの生活状況	
緊急時の希望	

ご確認事項	
(1) 私は、「保証委託契約約款」の内容を理解した上で、株式会社イントラストに対して保証委託を申し込みます。	
(2) 私は、「個人情報の収集・利用・提供等に関する同意条項」に従い、株式会社イントラストが個人情報を取り扱うことに同意します。	
□私は、上記項目をすべて確認し、申し込みを行います。 ※ご同意いただける場合、レ点をお願い致します。	
利用者	_____
代理人	_____

健康診断書

氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳 )	
住 所	〒		血液型 型 ( R h )	
			身長 c m	体重 k g
電話番号			アレルギー 無 ・ 有 ( )	
血液検査	年 月 日	血圧 /	総蛋白	総コレステロール
ワ氏	ガラス板法	陰性 / 陽性	G O T	中性脂肪
	T P H A 法	陰性 / 陽性	G P T	C R P
B型肝炎	H B s 抗原	陰性 / 陽性	γ-GTP	F B S
C型肝炎	H C V 抗体	陰性 / 陽性	A L P	アミノア
M R S A	鼻 腔	陰性 / 陽性	L D H	白血球
	咽 頭	陰性 / 陽性	B U N	赤血球
検尿	蛋白	糖	クレアチン	H b
	ウロビリ	潜血	尿酸	H t
胸部X線		心電図		血小板
				義 歯
既往歴				
病歴			常備薬	
総合判定				

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

医療機関名称

医療機関住所

医師氏名

