

**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 :				
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	本人○ 死亡●■ 男性□ 女性○ 同居を○で囲む		氏名		
			1		
			2		
			3		
			4		
			5		
	6				
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	
ADL	移動(歩行)	自立	・ 一部介助	・ 全介助( )
	食事	自立	・ 一部介助	・ 全介助
		食事形態 / 常食	・ 全粥	・ きざみ
		治療食( )	・ ミキサー	
身体状況	排泄	自立	・ 一部介助	( トイレ
		全介助	( パット	・ Pトイレ
			・ リハビリパンツ	・ オムツ )
	入浴	自立	・ 一部介助	・ 全介助( )
精神状況	麻痺	なし	・ あり	( )
	視力	普通	・ 弱視( 1m	・ 目の前 )
		眼鏡 / なし	・ あり	( ほとんど見えない )
	聽力	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 )
医療関連情報		義歯 / なし	・ あり	( 上歯:部分・全部 下歯:部分・全部 )
	性格	朗らか	・ 几帳面	・ 凝り性
	対人関係	拒否的	・ 普通	・ 協調的
	精神障害	なし	・ あり	( うつ
		問題行動 /	・ 抑うつ	・ 幻覚
	睡眠障害	なし	・ あり	( ) 眠剤 / なし
障害者高齢者の日常自立度(寝たきり度)		自立	・ J1	・ J2
・ 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	・ IIIb	・ IV
・ V				
<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 ( Rh )	
			身長 cm	体重 kg
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	GOT	中性脂肪
	TPHA法	陰性 / 陽性	GPT	CRP
B型肝炎	HBs抗原	陰性 / 陽性	γ-GTP	FBG
C型肝炎	HCV抗体	陰性 / 陽性	ALP	アンモニア
MRSA	鼻腔	陰性 / 陽性	LDH	白血球
	咽頭	陰性 / 陽性	BUN	赤血球
検尿	蛋白	糖	ケラチニン	Hb
	ウロビリ	潜血	尿酸	Ht
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

印