

ナーシングホーム 静養館 御前崎オアシャンピュー 入居申込書

※ 入居申込書は記入漏れのないようにお願いいたします。

| | | | | | | | | | | |
|------------|------------------|------|------------|----------------------------|-----|----|----|-----|------|-----|
| ふりがな | | | | | | | | | | |
| 入居者ご氏名 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | (| 才) | | |
| 現住所 | 〒 - | | | | | | | | | |
| ご職業 | 電話番号 () | | | | | | | | | |
| ご本人、ご家族の目標 | | | | | | | | | | |
| 主な連絡先 | 〒 - | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ご氏名 () 電話番号 () | | | | | | | | | |
| (主介護者構成) | 続柄 | 年齢 | ご職業 | 健康状態 | 同別居 | 続柄 | 年齢 | ご職業 | 健康状態 | 同別居 |
| | | | | 良・ | 同・別 | | | | 良・ | 同・別 |
| | | | | 良・ | 同・別 | | | | 良・ | 同・別 |
| | | | | 良・ | 同・別 | | | | 良・ | 同・別 |
| 身障者手帳: | 無・有(| 級) | 介護保険: | 未申請・申請中・要支援・要介護(1・2・3・4・5) | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 電話番号 () | | 担当ケアマネージャー | | | | | | | |

日常生活動作(現在の状況について該当するほうに丸をつけてください)

| 状況 | 参考基準 |
|-----------|--------------------------|
| 食事 | 配膳の準備は含まない 経管栄養は介助とする |
| 排泄 | 移乗は含まない |
| 更衣 | パジャマ程度の更衣が可能かどうか |
| 整容 | 歯磨き、洗面、髭剃りなど |
| 入浴 | 清拭は介助とみなす |
| コミュニケーション | 基本的な意思の疎通が可能かどうか |
| 寝返り | 柵を使用してもよい |
| 起き上がり | 柵を使用してもよい |
| 座位保持 | 柵につかまってもよい |
| 移乗 | ベッドと車イスの乗り移りが可能かどうか |
| 移動 | 施設内の移動が可能かどうか |
| 身長: | cm |
| 体重: | kg |

その他何かご希望などがありましたらご記入下さい

医師の意見書(情報提供書)

※ 所定の診療情報提供書がございましたら、下記項目をご参考のうえそちらを添付してください。

| | | | | |
|----------------------|-----------|---|---|---|
| 診断名・障害名 | 発症日 | 年 | 月 | 日 |
| 手術名 | 診断日 | 年 | 月 | 日 |
| 既往症・合併症 | 手術日 | 年 | 月 | 日 |
| 感染症 | | | | |
| MRSA(+・-) 検出部位() | | | | |
| HBs抗原(+・-) 梅毒(+・-)) | | | | |
| HCV抗体(+・-) その他() | | | | |
| 症状経過・検査結果及び治療経過 | | | | |
| 障害などの状況 | | | | |
| 麻痺(左・右) | 意識障害(無・有) | | | |
| 麻痺の程度 | 高次脳機能障害 | | | |
| 上肢(軽度・中等度・重度) | 失語(無・有) | | | |
| 下肢(軽度・中等度・重度) | 失行(無・有) | | | |
| 失調症(軽度・中等度・重度) | 失認(無・有) | | | |
| | 注意障害(無・有) | | | |
| 精神心理機能 | | | | |
| (無・有) | | | | |
| せん妄(無・有) | | | | |
| 痴呆(軽度・中等度・重度) | | | | |
| 発動性低下(軽度・中等度・重度) | | | | |
| 抑制の欠如(軽度・中等度・重度) | | | | |
| 気管切開(無・有) | | | | |
| 褥瘡(無・有:部位) | | | | |
| 大きさ(縦×横×深) | | | | |
| 失禁(無・有) | | | | |
| 現在の処方 | | | | |

医療機関の名称及び所在地

(〒 -)

年 月 日

担当診療科

電話

FAX

医師名