

介護付有料老人ホームよつば 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

下記のとおり、入居を申し込みます。

申込者	ふりがな			
	ご住所	〒 -		
	ふりがな			入居者との ご関係(続柄)
	ご氏名			
	電話番号	-	-	携帯番号

入居希望者の 状況	ふりがな				
	ご住所	〒 -			
	ふりがな			生 年 月 日	
	ご氏名			年 月 日(歳)	
	介護保険	被保険者番号	介護度	要介護認定の有効期間	
				年 月 日 ~ 年 月 日	
		担当ケアマネジャー		事業所名	電話番号
	原爆手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手当内容 () (※健康管理手当など)		
		障害手帳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	手帳の種類 ()	
			判定級・障害名 ()		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活している <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 施設・病院に入所、入院中				
	施設名又は病院名				
	入所又は入院期間		年 月 日 ~		

家族 状況	身元引受人	氏名	連絡先(自宅)	連絡先(携帯)	続柄	
		1				
	2					
	緊急時 連絡先	1				
		2				
		3				

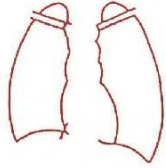
※備考	※受付
-----	-----

※この申込書の提出をもって入居決定とはなりません。予めご了承ください。

介護付有料老人ホーム よつば

医療情報提供書

介護付有料老人ホーム よつば

氏名		性別	生年月日		血液型
			年	月	日 R H
通常血圧	~ / ~ mmHg	身長	c m	体重 k g	
通常脈拍	~ 回	不整脈	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
既往歴	1 (年 月頃)				
	2 (年 月頃)				
	3 (年 月頃)				
	4 (年 月頃)				
現病歴	1 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (年 月頃発症)				
	2 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (年 月頃発症)				
	3 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (年 月頃発症)				
	4 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (年 月頃発症)				
投薬内容	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		胸部X p (撮影 : 年 月)		
			 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし		
感染症					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 褥瘡 (部位 :) その他 ()				
精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状)			◎障害老人の日常生活自立度	
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状)			◎認知症老人の日常生活自立度	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
◎福祉施設における医学的観点からの留置事項			言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 障害あり	
1.血圧・脈拍に入浴時、制限のある場合 血圧 ：上限 () 下限 () 脈拍 ：上限 () 下限 () 2.その他注意事項・禁忌事項等があればご記入ください。					
※上記以外の診断結果の所見及び検査(血液検査・尿検査等あれば添付をお願いします。)					

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話

医師名

印