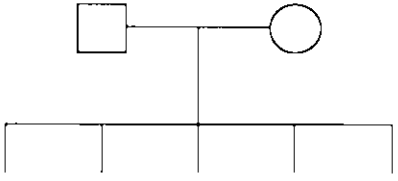


介護老人保健施設 ナーシングホームひだまり 利用申込書

令和 年 月 日

ID () 希望居室 ① _____ ② _____

利用者 氏名	<u>フリガナ</u>	男・女	大昭	年	月	日生	歳
住所	TEL () -						
特老入所申込 (有・無) 施設名① _____ 施設名② _____ 他施設申し込み (GH、老健等) 施設名① _____ 施設名② _____				家族構成 			
介護度：(1・2・3・4・5) 居宅： _____ 所得段階 () 担当ケアマネ： _____ TEL _____ FAX _____							
1・主な介護者は誰ですか？ _____ 続柄 () 2・かかりつけ医はどこですか？ _____ 病院 _____ 先生 現在治療を受けている病気はなんですか？ 病名： _____ 公費負担難病申請の有無確認 3・入所三か月後、今後に向けてのご本人、ご家族の意向はいかがですか？ 本人： _____ 家族： _____							

フリガナ

連絡先 ① 氏名 _____ 続柄 ()
(記入者)

住所 _____

電話番号・携帯電話 _____

フリガナ

② 氏名 _____ 続柄 ()

住所 _____

電話番号・携帯電話 _____

今までかかった病気、手術

年月日、年齢	病名	病院名	入院した場合の期間	備 考

*手術により現在体の中に金属等使用されていますか

(ない・ある) あると答えられた方へどこに使用されていますか

*現在もしくは今までに床ずれが出来たことありますか

(ない ・ 現在ある ・ 今までに出来たことがある)

あると答えられた方へどこに出来たことありますか

*薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか

(薬：ない・ある) あると答えられた方へ (内容：

(食べ物：ない・ある) あると答えられた方へ (内容：

牛乳は飲みますか。(飲める・飲めない)

*お酒は飲めますか。以前飲んでいましたか

(飲まない・飲む) 飲むと答えられた方へ一日どの程度の量ですか

(

*たばこは吸われますか。以前吸っていましたか

(吸わない・吸う) 吸うと答えられた方へ一日に何本程度、何年間吸っていましたか

(

*歯はご自分の歯ですか。入れ歯や外せる歯はありますか

自歯のみ・義歯のみ・自歯+部分義歯

・上総義歯・下総義歯・上部分義歯・下部分義歯

担当居宅ケアマネージャー、担当病院相談員に利用者様の身体状況などを伺わせていただく場合がございますのでご了承ください。