

No.

## ホームステーション武藏新城ご利用申込書

担当者:	紹介者:
------	------

※太枠で囲まれている部分をボールペン等でご記入ください。

申込者	(フリガナ) 氏名: ご利用者との関係: 〒 現住所:	TEL: - - 携帯: - -
	〒 現住所:	
	生年月日: 大正 · 明治 · 昭和 年 月 日	
	介護度:	性別: 男性 · 女性
(現病名) (既往名)		

入居予定日	令和 年 月 日 時
他施設申込 状況確認欄	現在、申込をしている施設に○を記入してください。 1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 療養型病院 4. その他( )

上記とおり、ホームステーション武藏新城の利用申込(予約)を申請致します。

令和 年 月 日

申込者

印

※確認ができているものに日付をつけて記入

見学	健康診断書	ADL書	診療情報 提供書	契約予定日	車椅子	食事 (本人分除)	その他準備品
						食分	

ALSOKらいふケア株式会社

本社 〒140-0002 東京都品川区東品川2-2-24 天王洲セントラルタワー18階  
フリーダイヤル:0120-055-218 TEL:03-5769-7268 FAX:03-5769-7269

# 健 康 診 斷 書

フリガナ	男・女	明・大・昭・西暦			歳
氏名		年	月	日生	
住所		身長	体重		
		cm	kg		
現病名	既往歴				
治療状況					

検査結果(3ヶ月以内) ※検査データ添付の場合は、未記入でも構いません。

血液検査	白血球	千/mm <sup>3</sup>	AST(GOT)	IU/I
	赤血球	万/mm <sup>3</sup>	ALT(GPT)	IU/I
	血色素	g/dl	γ-GTP	IU/I
	ヘマトクリット	%	尿素窒素	mg/dl
	血小板	万/mm <sup>3</sup>	クレアチニン	mg/dl
	総コレステロール	mg/dl	Na	mEq/l
	中性脂肪	mg/dl	K	mEq/l
	HDL-C	mg/dl	Cl	mEq/l
	LDL-C	mg/dl	Ca	mg/dl
	総たんぱく	g/dl	尿酸	mg/dl
	アルブミン	g/dl	血糖	mg/dl
	CRP		Hb-A1c	%
尿	蛋白		潜血	
	糖		ウロビリノーゲン	

肝炎ウイルス検査 HBs抗原(−・+) HCV抗体(−・+)

その他感染症 ※該当するもの記載ください

結核性疾患	有・無	その他		
梅毒	TPHA:(−・+)			
疥癬	(−・+・既往あり)			
MRSA	鼻腔(−・+・++)	鼻腔以外(場所	)	(−・+・++)
胸部レントゲン		心電図	アレルギー	有・無
1. 異常なし 2. 要観察 3. 要加療		異常有無(有・無)	褥瘡	有・無
留意事項		留意事項	骨粗鬆症	有・無
			湿疹	有・無
		医療行為	インスリン皮下注	有・無
			経管栄養	回数
撮影年月日: 年 月 日				MT-PEG
			カテーテル留置	有・無
				場所

上記の通り診断いたします。

医療機関名

所在地

医師名

年 月 日

印

# A D L 表

※必ず「介護保険証」のコピーを添付してください。

ALSOKらいふケア株式会社

ふりがな	要介護度	性 別	生年月日	
氏名 様	支援1・支援2 要介護1 2 3 4 5 申請中( 月 日)	男・女	M・T・S 年 月 日 生 被	
項目	内 容			
立 位	自立	見守り	一部 全介助	
歩 行	自立	見守り	一部 全介助	
麻 痺	無	有 ( )		
移 動	自立	見守り	一部 全介助	
移 乗	自立	見守り	一部 全介助	
入 沐	自立度	自立	見守り 一部 全介助	
	洗 髮	自立	見守り 一部 全介助	
	洗 身	自立	見守り 一部 全介助	
	形 態	一搬浴	機械浴	
保 清	更 衣	自立	見守り 一部 全介助	
	洗 面	自立	見守り 一部 全介助	
排 泄	尿便意	有 無	最終排便( 月 日)	
	日 中	自立度	自立	見守り 一部 全介助
		形 態	パンツ リハP	オムツ
		誘 導	無	訴え時 定時誘導・交換
	夜 間	自立度	自立	見守り 一部 全介助
		形 態	パンツ リハP	オムツ
		誘 導	無	訴え時 定時誘導・交換
食 事	治療食( ) 形態	主 食	常食 粥( ) ミキサー 流動	
		副 食	常食 軟菜(一口大) 刻み	
			ミキサー	
	自立度	自立	見守り 一部 全介助	
	嚥 下	むせなし 時々むせる	常時むせる	
意 思 疎 通	可能	ほぼ可能 不可能		
視 力	良好	見えにくい(右・左) 全盲		
聽 力	良好	聞こえにくい(右・左) 聞こえない		
認 知 症 の 状 態	無	軽度 中度 重度		
問題行動記載				
使 用 器 具	車椅子( ) 補聴器 義歯 杖 眼鏡			
家族構成	職歴(生活歴)	趣味	その他	