

No.

## ホームステーション松戸八柱ご利用申込書

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:	TEL: - -
	ご利用者との関係:	携帯: - -
	〒 現住所:	
利用者名	(フリガナ) 氏名:	
	〒 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松戸八柱の利用申込(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

# 健康診断書

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。

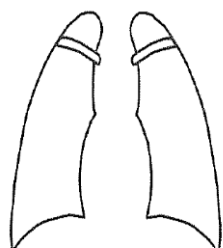
血液検査	白血球	千/mm <sup>3</sup>	AST(GOT)	IU/l
	赤血球	万/mm <sup>3</sup>	ALT(GPT)	IU/l
	血色素	g/dl	γ-GTP	IU/l
	ヘマトクリット	%	尿素窒素	mg/dl
	血小板	万/mm <sup>3</sup>	クレアチニン	mg/dl
	総コレステロール	mg/dl	Na	mEq/l
	中性脂肪	mg/dl	K	mEq/l
	HDL-C	mg/dl	Cl	mEq/l
	LDL-C	mg/dl	Ca	mg/dl
	総たんぱく	g/dl	尿酸	mg/dl
	アルブミン	g/dl	血糖	mg/dl
	CRP		Hb-A1c	%
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(一・+) HCV抗体(一・+)

## 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:(一・+)	
疥癬	(一・+・既往あり)	
MRSA	鼻腔(一・+・++)	鼻腔以外(場所)(一・+・++)

胸部レントゲン 1. 異常なし 2. 要観察 3. 要加療 留意事項		心電図		身体状況	アレルギー	有・無
		異常有無(有・無)			褥瘡	有・無
		留意事項			骨粗鬆症	有・無
					湿疹	有・無
撮影年月日: 年 月 日		医療行為	インスリン皮下注	有・無	回数	
			経管栄養	有・無	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。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
医師名

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		支援1・支援2 要介護1 2 3 4 5 様 申請中( 月 日)			男・女	M・T・S 年 月 日生 歳
項目		内 容			備 考	
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 浴	自立度	自立	見守り	一部	全介助	
	洗 髪	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	
聴 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