

No.

## ホームステーション入間ご利用申込書

|      |      |
|------|------|
| 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)<br>氏名:                       |  |  | TEL:         | - | - |
|      | ご利用者との関係:                           |  |  | 携帯:          | - | - |
|      | 〒<br>現住所:                           |  |  |              |   |   |
| 利用者名 | (フリガナ)<br>氏名:                       |  |  |              |   |   |
|      | 〒<br>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<br>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。<br>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入間の利用申込(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

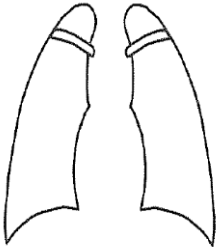
|    |       |      |             |       |     |              |        |
|----|-------|------|-------------|-------|-----|--------------|--------|
| 見学 | 健康診断書 | ADL書 | 診療情報<br>提供書 | 契約予定日 | 車椅子 | 食事<br>(本人分除) | その他準備品 |
|    |       |      |             |       |     | 食分           |        |

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(－・＋) 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                   |          | 身体状況  | アレルギー  | 有・無 |
| 1. 異常なし<br>2. 要観察<br>3. 要加療<br>留意事項  |                                                                                     | 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<br>所在地<br>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<br>要介護1 2 3 4 5<br>申請中( 月 日) |                  | 男・女 | M・T・S<br>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<br>( )<br>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               |  |