

No.

## ホームステーション梅屋敷ご利用申込書

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梅屋敷の利用申込(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(－・＋) 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 2. 要観察 3. 要加療 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 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 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	