

# ハートサービス中川 入居申込書

記入日 平成 年 月 日

フリガナ					性別
氏名					男 女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(年齢 歳)
住所					
連絡先	自宅		携帯		
介護度	自立	要支援 1・2	要介護 1・2・3	4	5
*居宅介護支援事業所				*ケアマネジャー	
<b>緊急時の連絡先</b>					
第一連絡先	氏名				続柄
	住所				
	自宅		携帯		
第二連絡先	氏名				続柄
	住所				
	自宅		携帯		
かかりつけ医	病院名				
	電話番号				
救急搬送先 (希望)					
<b>身体状況</b>					
主疾患					
既往歴					
麻痺	無	有	( 部位 : )		
服薬	無	有	*お薬手帳等、薬の内容が分かるものをご確認させていただきます。		
その他	インスリン自己接種      ストーマ      バルーン      ペースメーカー ( その他 : )				

お部屋の希望	希望なし	1 階	2 階	トイレ	無	トイレ	有		
お食事について	食物アレルギー	無	有	( 禁止物 : )					
	服薬の関係	納豆 ・ グレープフルーツ ・ その他( )							
	食べられない物								
	大きさ	ふつう		一口大	きざみ				
聴力について	支障なし	聞こえづらい	補聴器を使用		( 右 ・ 左 ・ 両方 )				
視力について	支障なし	見えづらい	眼鏡を使用		コンタクトを使用				
移動について	独歩	杖	シルバーカー	歩行器		車いす			
その他	* 入居するにあたり、スタッフに伝えておきたい身体状況など								
<b>介護保険サービス利用状況 (現在、ご利用されているサービス)</b>									
通所介護	(頻度)	毎日	週に	1回	2回	3回	4回	5回	6回
訪問介護	(頻度)	毎日	週に	1回	2回	3回	4回	5回	6回
	(利用の目的)	買物 調理 掃除 入浴 その他 ( )							
訪問看護	(利用の目的)	リハビリ		病気の処置 ( )					
福祉用具	(レンタル物品)	杖	シルバーカー	歩行器		車いす ベット その他 ( )			
嗜好	タバコ ・ お酒								
趣味									
一日の生活リズム	-----								