

# 介護老人保健施設 ケアホーム横浜 入所予約書

予約 申し込み日	平成	年	月	日
-------------	----	---	---	---

予約受付日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

申込者	フリガナ				続柄			
	名前							
	住所	〒 -						
	電話番号	①		②				
	携帯電話	①		②				

入所希望者	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	名前								
	住所	〒 -							
	電話番号								
	要介護度	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 ・ 更新中 ・ 変更中							
	現在の所在	<input type="checkbox"/> 居宅(独居・同居)		<input type="checkbox"/> 施設(老健・老福)					
		<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> その他( )					
	所在住所(Tel)	〒 -							Tel

入所希望日	至急 ・ 1 , 2 , 3ヶ月以内 ・ 特になし
-------	---------------------------

身体状況	既往・現病											
	視力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> やや低下		<input type="checkbox"/> ほとんど見えない		<input type="checkbox"/> 全く見えない				
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> やや低下		<input type="checkbox"/> 難聴		<input type="checkbox"/> 全く聞こえない				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> やや困難		<input type="checkbox"/> 困難						
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 )								
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩		<input type="checkbox"/> 杖		<input type="checkbox"/> 歩行器		<input type="checkbox"/> 押し車		<input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> ストレッチャー
精神状況	認知症	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり (軽度・中度・重度)								
	症状	<input type="checkbox"/> 安定		<input type="checkbox"/> 不安定 困っていること( )								
食事	動作	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助						
	使用用具	<input type="checkbox"/> はし		<input type="checkbox"/> スプーン		<input type="checkbox"/> エプロン		<input type="checkbox"/> その他( )				
入浴	動作	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助						
	場所	<input type="checkbox"/> 自宅		<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア		<input type="checkbox"/> 訪問入浴		<input type="checkbox"/> その他( )				
排泄	動作	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助						
	使用用具	<input type="checkbox"/> トイレ		<input type="checkbox"/> 紙パンツ		<input type="checkbox"/> パット		<input type="checkbox"/> オムツ			<input type="checkbox"/> パルーン・パウチ	
特記												
嗜好品	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない		<input type="checkbox"/> 吸う		※喫煙者の方はご入所いただけません						
	お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない		<input type="checkbox"/> 飲む		※施設内への持ち込みはお断りしております						
主治医	(医療機関名)					(医師名)						

紹介経路	事業所・施設・病院名			
	電話番号		担当者名	