

入居予約申込書

軽費老人ホームあかねの里 施設長 様

令和 年 月 日

申込者
氏名 印 (続柄)

住所

連絡先 (自宅) (携帯)

軽費老人ホームあかねの里を利用したいので、下記により申し込みます。

申込理由					
ふりがな		性別	生年月日		
入居希望者氏名		男・女	明大昭	年 月 日	(満 歳)
現住所	在宅・施設・病院 (名称) (所在地) 〒				電話
家族状況	続柄	氏名	生年月日	職業	住所・電話
			大平昭令 . .		
			大平昭令 . .		
健康状態	健康・病弱・通院加療中(病院名) (診断名)				
	アレルギー ない・ある()				
介護認定状況	自立・申請中・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)				
身体障碍	ない・ある 身体障害者手帳 無・有(種 級 障害名:)				
日常生活動作	食事	自立・見守り・一部介助・介助(箸・スプーン・フォーク)			
	入浴	自立・見守り・一部介助・介助			
	排泄	自立・一部介助・介助 紙オムツ(パット・リハビリパンツ)			
	移動	屋内(フリーハンド・伝い歩き・杖・シルバーカー・歩行器)			
		屋外(フリーハンド・伝い歩き・杖・シルバーカー・歩行器)			
	洗濯	自立・一部介助・全介助			
金銭管理	自立・一部介助・全介助				
生活歴 ※できるだけ詳しく書いて下さい	職歴				
	趣味やいきがい				
	現在の状況				

※ 生活保護を受給されている方は入居できませんのでご了承ください。

健康診断書

医療機関名

担当医名

所在地

診断年月日

患者氏名					生年月日	明・大・昭	年	月	日	
患者現住所							性別	男・女		
身長	c m	脈拍	回/分	血压	最高	m m H g	視力	左	聴力	左
体重	k g				最低	m m H g		右		右
既往症					処方内容及び量					
現病名										
検査事項	所見									
1 伝染性疾患	結核性疾患 胸部X線検査 撮影 年 月 日 梅毒 R P R () その他性病疾患 有・無 伝染性眼疾患 有・無 血清学的検査 H B S 抗体 () H C V 抗体 () 2 検尿 蛋白 () 糖 () 3 血液型 () 型 R h () 4 アレルギー疾患 有・無									
5 精神状態										
□精神障害の既往										
□認知症										
□要介護状態区分										
6 特記事項										

※ 記載上留意事項

血清学的検査： H B S 抗体 (+) の方は、H B e 抗体検査を受けてください。

長谷川式簡易スケール： 精神状態の正常な方でも実施してください。

要介護状態区分： 認定の有無を必ずご確認ください。認定を受けていない方は自立としてください。