

有料老人ホーム すずらん利用申込書

記入日:平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	M・T・S 年 月 日
氏名		様 男・女		(歳)
住所 〒				
緊急連絡先住所①	〒	TEL	家族構成	
氏名		続柄		
緊急連絡先住所②	〒	TEL		
氏名		続柄		
介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
入居希望の理由				
紹介機関			担当者名	
TEL:			Fax:	
現在の状況			備考	
ADL	1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C	身長:		体重:
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助		
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	箸・スプーン・他() 嚥下障害 有() ・ 無 食事制限 有() ・ 無	
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 トイレ・リハパン・尿取りパット・オムツ使用		
	入浴形態	一般・特浴(自立・一部介助・全介助・)		
	洗身	自立・見守り・一部介助・全介助		
	着脱	自立・見守り・一部介助・全介助		
身体状況	麻痺	有・無	状況:	
	感染症	有・無	状況:	
	視覚障害	有・無	状況:	
	聴覚障害	有・無	状況:	
精神状況	認知症	有・無	非・I・II・III・IIIa・IIIb・IV 状況:	
病歴(既往・現病)医療的管理等			内服薬・外用薬	
主治医	病院名		医師名	
生活歴・趣味・現在の自宅での過ごし方、様子等				
すずらんに対する要望・意見等				