

# 入居予約申込書

軽費老人ホームあかねの里 施設長 様

平成 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。

申込の理由					
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)
現在の住所	在宅 ・施設 ・病院 (名称)				
	(所在地) 〒				電話
本籍地					
家族の状況を できるだけ ご記名ください	続柄	氏名	生年月日	職業	住所 電話
			明・大・昭	・	・
			明・大・昭	・	・
			明・大・昭	・	・
			明・大・昭	・	・
			明・大・昭	・	・
介護認定状況	無 ・ 申請中      要支援 1 ・ 2      要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
健康状況	健康 ・ 病弱 ・ 通院加療中 (病院名)				
	アレルギー    ない ・ ある      病名				
身体傷害	ない ・ ある      身体障害者手帳    無 ・ 有 (      種      級)				
生活状況	生活保護 (受けている ・ 受けていない) ※受給されている場合、入居できませんのでご了承ください。				
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 ・ 一部介助 ・ 介助			
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 介助			
	歩行	普通に移動 ・ やや不安定だが独歩は可能      ・ 杖、シルバーカー等が必要			
生活歴 ※できるだけ詳しく 書いてください	職歴				
	趣味や生きがい				
	現在の状況				

# 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	cm	脈拍	回/分	血圧	最高	mmHg	視力	左	聴力	左
体重	kg				最低	mmHg		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	RPR ( )									
その他性病疾患	有・無									
伝染性眼疾患	有・無									
血清学的検査	HBS抗体 ( ) HCV抗体 ( )									
2 検尿	蛋白 ( ) 糖 ( )									
3 血液型	( ) 型 Rh ( )									
4 アレルギー疾患	有・無									
5 精神状態										
□精神障害の既往	有 ( ) 無 ( )									
□認知症	( 軽度・中度・高度・非常に高度 )									
□正常	( 長谷川式簡易老人知能審査スケール 得点 )									
6 特記事項										

※ 記載上留意事項

血清学的検査： HBS抗体(+)の方は、HBe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。