

ヒューマンライフケア宮前ホスピスホーム ご入居仮申込書

年 月 日

希望事業所	ヒューマンライフケア宮前ホスピスホーム		入居希望日	年	月	日
入居予定者	フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	(月 日 歳)
	氏名					
	住所			電話番号	()	
	現在の居住場所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入居中 <small>※同上」以外の場合は入院先/入居施設名→</small>		<small>※左記入院先/入居施設の電話番号</small>	()	

ご相談者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話番号	()
	氏名				
	入居予定者との関係	<small>※事業者の場合は所属:</small>			職種:

介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
ご利用サービス	かかりつけ医療機関	医療機関名				
		主治医氏名		診療科目		
	居宅介護支援事業所	事業所名				
		担当者名				

診断名 既往歴	
------------	--

保険関連	介護保険	介護度:	負担割合:
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 指定難病受給者証 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療証	
	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> その他()	

身元引受人 緊急時の 連絡先	氏名		続柄	
	住所			電話番号

経過・現在の状況・今後のご希望	
-----------------	--

診療についてのご要望	
------------	--

ご家族構成や現在の介護の状況	
----------------	--

【個人情報の取り扱いについて】

入居予定者へ安全且つ円滑なサービスを提供するために個人情報を利用いたします。法令に基づく場合及び本人公衆の生命健康財産を脅かす可能性がある場合を除き、本人の同意を得ること無く他の利用者及び第三者に提供することはありません。個人情報を第三者に委託する場合には当社の厳正な管理の下で行います。提供頂きました個人情報の開示訂正削除はお問合せください。

【仮申込についてのお問合せ先】

**ヒューマンライフケア
宮前ホスピスホーム**
 神奈川県川崎市宮前区水沢3-13-22
TEL:044-976-5530
FAX:044-976-2953

ヒューマンライフケア宮前ホスピスホーム

日常生活動作(ADL)確認表

様

年 月 日

移動等	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> リクライニング) <input type="checkbox"/> その他			
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可		座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		センサーマット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		床ずれ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)
	特記事項				

排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし		便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし		夜間の状況	就寝後の排泄回数(回)
	特記事項				

入浴更衣	入浴動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()			
	入浴形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()			
	特記事項				

食事・ 口腔ケア	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		嚥下	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> しにくい <input type="checkbox"/> できない	
	むせ込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々あり		水分トロミ	<input type="checkbox"/> あり(濃さ:) <input type="checkbox"/> なし	
	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他()			
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食() <input type="checkbox"/> ミキサー食			
	義歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分入れ歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 使用せず		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		残歯	<input type="checkbox"/> あり(本) <input type="checkbox"/> なし	
特記事項	※治療食・使用器具・アレルギー・嗜好など					

身体状況等	基礎情報	身長	cm	体重	kg	拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				関節痛み	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> ときどき不眠 <input type="checkbox"/> 不眠(<input type="checkbox"/> 眠剤使用)					
	特記事項	※起床 時~ 就寝 時					

その他情報	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない			ナースコール	<input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押さない
	言葉の理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない				<input type="checkbox"/> 押せない
	行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 弄便行為				
		<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻視 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 帰宅要求 <input type="checkbox"/> その他()				
	日常生活自立度	障害自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
		認知症	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
医療情報	<input type="checkbox"/> 感染症(※詳細は「特記事項」に記入) <input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> たん吸引(回)					
	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 床ずれ処置					
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ターミナル管理 <input type="checkbox"/> モニター管理 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他()					
特記事項						

生活歴、一日の過ごし方、一週間の過ごし方、性格、趣味など