

社会福祉法人 合掌苑
ホテルステイ申込書

平成 年 月 日

| | | | | |
|---------------------------|-----------|--|----------------|-------|
| フリガナ | 性別 | 生年 | □ 明治 □ 大正 □ 昭和 | 年齢 |
| お客様名 | 男 女 | 月 日 | 年 月 日生 | 歳 |
| お客様住所 | 〒 都 県 区 市 | | | |
| | 道 府 郡 | | | |
| マンション名・ビル名・部屋番号等 | | | | |
| 介護保険証の住所 (現住所と同じ場合は空欄) | | | | |
| お客様の要介護度 | 介護度 | □ 要支援 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 | | |
| | | □ 認定無 □ 申請中 (認定予定日:平成 年 月 日頃) | | |
| かかりつけ医 | 病院名 | 診療科目 | 科 | 担当 先生 |
| 担当ケアマネジャー | 事業所名 | 担当者 | TEL | |
| 今までにかかった病気 | | | | |

ご家族連絡先

| | | | | | | |
|------------------|---------------------|------------|--------|----------------|---------|-----|
| 1 | フリガナ | 性別 | 生年 | □ 明治 □ 大正 □ 昭和 | 年齢 | |
| | お名前 | 男 女 | 月 日 | 年 月 日生 | 歳 | |
| | ご住所 □ 自宅 □ 会社 | 〒 都 県 区 市 | | | | |
| | | 道 府 郡 | | | | |
| マンション名・ビル名・部屋番号等 | | | | | | |
| ご連絡先 | 自宅 | 連絡可能な時間帯 | | 時 ~ 時 | | |
| | 携帯 | 連絡可能な時間帯 | | 時 ~ 時 | | |
| | 緊急連絡先 | 利用請求書送付先 | | 可・否 | | |
| 2 | フリガナ | 性別 | 生年 | □ 明治 □ 大正 □ 昭和 | 年齢 | |
| | お名前 | 男 女 | 月 日 | 年 月 日生 | 歳 | |
| | ご住所 □ 自宅 □ 会社 | 〒 都 県 区 市 | | | | |
| | | 道 府 郡 | | | | |
| マンション名・ビル名・部屋番号等 | | | | | | |
| ご連絡先 | 自宅 | 連絡可能な時間帯 | | 時 ~ 時 | | |
| | 携帯 | 連絡可能な時間帯 | | 時 ~ 時 | | |
| | 緊急連絡先 | 利用請求書送付先 | | 可・否 | | |
| ご利用希望日 | 平成 年 月 日 | ~ 平成 年 月 日 | チェックイン | 時 分 | チェックアウト | 時 分 |

事務局確認欄(記入しないでください)

| | | | | |
|----------------|-----|----------|----|----|
| 期 間 | 泊 食 | 統括 | 管理 | 担当 |
| 自 平成 年 月 日 時 分 | 追加食 | 食 食伝 済・未 | | |
| 至 平成 年 月 日 時 分 | 区分 | F・M・H | | |

現在の生活のご様子

| | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------|--------------|------------|-------------------------------|------------|--|
| 食事 | 送迎 | 希望する | | | | 希望しない | |
| | 種類 | 常食 | 軟食 | きざみ食 | 流動食 | () | |
| | 介助 | 自立 | 一部介助 | 全面介助 | (部分入歯・総入歯) | | |
| | 排泄 | 自立 | 一部介助 | 全面介助 | (オムツ・ポータブルトイレ・紙パンツ) | | |
| | 起立 | 自立 | 一部介助 | 全面介助 | 手すりなど利用している | | |
| | 歩行 | 自立 | 一部介助 | 全面介助 | 車椅子使用(他 杖) | | |
| | 入浴 | 自立 | 一部介助 | 全面介助 | | | |
| | 着衣着脱 | 自立 | 一部介助 | 全面介助 | | | |
| | 聴力 | 正常範囲 | 大きな声で聞こえる | 失聴 | (補聴器 有・無) | | |
| | 視力 | 正常範囲 | 低下(右・左・両方) | 失明 | (メガネ 有・無) | | |
| | 睡眠 | 良眠 | 浅い眠り | 不眠症 | 睡眠薬あり | | |
| | 健康状態 | 良好 | 大病はないが体は弱い | 病気がちである | | | |
| | アレルギー | なし | 有り(食べ物 薬 他) | | | | |
| | 身長・体重 | 身長 cm | 体重 kg | 体重変動 | 減 kg 増 kg | (/ から比べて) | |
| | 意思表示 | 正常範囲 | 基本的欲求のみ | 困難 | | | |
| | 話の理解 | 正常範囲 | まれに理解 | 困難 | | | |
| | 運動障害 | なし | 軽度麻痺有り | 完全麻痺 | (部位) | | |
| | 精神機能 | 正常範囲 | 意欲の低下 | () | | | |
| 認知症状態 | アルツハイマー型痴呆 脳血管性痴呆 その他 | | | | | | |
| | 物忘れ・場所と時間が分からない・昼夜逆転・興奮・幻覚・妄想(物盗られ・被害) | | | | | | |
| | 暴力・徘徊 その他の症状() | | | | | | |
| | お困りのこと: | | | | | | |
| 皮膚所見 | 湿疹の有無 | | (有・無) | 有の場合、場所() | | | |
| | 皮膚のかゆみ | | (有・無) | 有の場合、場所() | | | |
| | とこずれの有無 | | (有・無) | 有の場合、場所() | | | |
| 家族の同意 | 全員同意 | | 一部同意 | | 差し支えない範囲で反対者の続柄・反対内容をご記入ください。 | | |
| いままでのお仕事 | 会社名、仕事内容(技術職、経理、専業主婦など)できるだけ具体的に記入ください。 | | | | | | |
| 毎日の習慣やこだわり | | | | | | | |
| お酒 | □ 飲まない □ 飲む:種類 | | 量/1日 | | | | |
| タバコ | □ 吸わない □ 吸う:銘柄 | | 本/1日 | | | | |
| 好きな活動・趣味: | | | | | | | |
| 宗 教: | | | | | | | |
| 鶴の苑での生活に対するご希望をご記入ください。: | | | | | | | |

ご記入者

様