

社会福祉法人 合掌苑
ホテルステイ申込書

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	
お客様名	様	男 女	月 日	年 月 日 生	年 齢	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		男 女	生年	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	
	お名前	様	続 柄	月 日	年 月 日 生	年 齢	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		男 女	生年	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和	年	
	お名前	様	続 柄	月 日	年 月 日 生	年 齢	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		令和 年 月 日～令和 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	令和 年 月 日 時 分	追加食	食 食伝 済 ・ 未							
至	令和 年 月 日 時 分	区分	F ・ M ・ H							

現在の生活のご様子

送 迎	希望する				希望しない				
	種 類	常食	軟食	きざみ食	流動食	()			
食 事	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