

# 申込書兼利用者事前調査書

チェリーコート四街道

入居・ショート 記載日 平成 年 月 日 記載者氏名 ( )

フリガナ				印	生 年 月 日				
氏名					M・T・S	年	月	日 ( ) 歳	
住所	〒				TEL	( ) 携帯			
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				ケアマネ連絡先 ( )					
主治医	病院 医師			主治医連絡先 ( )					
主な病歴	発病年月日	治療病院名	いずれかに○		同居家族	続柄	氏 名		
			治療中	完治					
			治療中	完治					
			治療中	完治					
			治療中	完治					
					緊急連絡先 (日中連絡のつくところ)				
①	麻痺・拘縮				1	氏名	TEL ( )		
	褥瘡	有・無 部位( )			2	氏名	TEL ( )		
②	起き上がり	可・不可	座位保持	可・不可	食事	主食			
	立ち上がり	可・不可	移乗	可・不可		副食			
③	歩行	独歩・杖・シルバーカー・車椅子(自走 可・不可)			内服薬等	朝	昼	夕	就寝前
	衣服の着脱	自立・一部介助・全介助				貼薬	点眼	薬のあるものに○をつけて下さい	
	洗身	自立・一部介助・全介助							
	洗顔	自立・一部介助・全介助							
	歯磨き	自立・一部介助・全介助 (義歯 有・無)			薬アレルギー 有( )無 自己管理 可・不可				
④	視力	メガネ 有・無			排泄	自立・誘導 ( )h毎・介助			
	聴力	補聴器 有・無				おむつ種別 (昼 夜 )			
⑤	睡眠	眠剤使用 有( )・無			定時交換 ( )				
⑥	意思の疎通	可・不可( )			排便のペース				
	認知症	有・無 ( )			下剤・浣腸の使用 有・無				
	問題行動	徘徊・暴力・不潔行為・その他							
⑦	食事	摂取 はし・スプーン			* その他 (特記事項・ご要望など)				
		介助 自立・一部介助・全介助							
		嫌いな食べ物( )							
		食物アレルギー 有( )・無							
⑧	入浴	一部介助・全介助							
		特浴・一般浴							

# 診 断 書

チェリーコート四街道

氏 名			男・女	明・大・昭 年 月 日	
住 所			TEL	( )	
既往症					
現病歴					
感 染 症 疾 患	検査項目	検査結果	感染の可能性	検査日	備 考
	結 核	+・-	有・無		喀痰・X-p・その他( )
	ワッセルマン反応	+・-	有・無		
	( HBS 抗原 )	+・-	有・無		
	( HCV 抗体 )	+・-	有・無		
	M R S A	+・-	有・無		咽頭・鼻腔・喀痰
過去に上記の検査を受け、陽性反応の検査結果が出たことある。 有 ・ 無					
施設利用の可否		可・否	入浴の可否	可・否	
皮膚疾患	褥瘡	有・無 部位( )	血圧	最高値 最低値	
	湿疹等		身長・体重	cm ・ kg	
精神状態	(認知症・精神病・慢性中毒・問題行動についてご記入下さい)				
医師の所見	(内服薬・注射・処置・注意等についてご記入下さい)				

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

同所在地 〒

電話

医師 氏名

印