

# 利 用 申 込 書

平成 年 月 日

はっぴーほーむ

写真貼付  
 ※縦2.5cm×横3.5cm  
 ※6ヶ月以内に撮影  
 されたもの

フリガナ				利用者との続柄	
申込者名				印	
ご自宅	住 所	(〒 - )			
	電話番号		FAX番号		
	携帯電話				
	E-mail				
勤務先	住 所	(〒 - )			
	会社名		電話番号		

フリガナ					性 別
利用者名					男・女
生年月日	瞬・烺・嘲	年	月	日	年 齡
					歳
現住所	(〒 - )				
本 籍	(〒 - )				

	氏 名	年 齡	続 柄	勤 務 先	
	家族の状況		歳		
(〒 - )		電話番号：			
		歳			
(〒 - )		電話番号：			
		歳			
(〒 - )		電話番号：			
身元引受人		歳			
	(〒 - )	電話番号：			
配偶者の状況	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 入院中 ( 病院名 ) <input type="checkbox"/> 死別 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 離別 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				

# 診 断 書

はっぴーほーむ

氏 名			性 別	男・女					
			生年月日	歳・疋・囀		年 月 日			
身体状況	現在病		発病	年	月	投薬	あり	なし	
			発病	年	月	投薬	あり	なし	
			発病	年	月	投薬	あり	なし	
			発病	年	月	投薬	あり	なし	
			発病	年	月	投薬	あり	なし	
			発病	年	月	投薬	あり	なし	
	既往歴		発病	年	月	現状 ( )			
			発病	年	月	現状 ( )			
			発病	年	月	現状 ( )			
			発病	年	月	現状 ( )			
	症 状	安定 不安定 ( )							
	感染症	結 核	なし あり (感染の危険性:あり・なし 治療の必要性:あり・なし)						
		肝 炎	なし あり (A, B, C型 (抗原:陽 陰 抗体:陽 陰))						
		MRSA	陰 陽 (検出部位 ( ))						
		その他	陰 陽 (感染症名 ( ))						
障 害	視 力	なし あり ( )							
	聴 力	なし あり ( )							
	言 語	なし あり ( )							
	その他の身体機能障害	なし あり (部位・内容 ( ))							
その他	ガンなどの予後・余命などありましたら詳しく記載願います								
精神状況	正常								
	精神障害	なし あり ( )							
	問題行動	なし あり ( )							
	その他	( )							
検査の状況	胸部X線 ( )								
	尿 糖	( ) 蛋 白 ( )							
	血 圧	最高 ( ) mmHg 最低 ( ) mmHg							
アレルギー	なし あり ( )								
介護に対する意見・介護における医学的観点からの留意事項	1. 血圧について	なし あり ( )							
	2. 嚥下について	なし あり ( )							
	3. 摂食について	なし あり ( )							
	4. 移動について	なし あり ( )							
	5. 入浴について	なし あり ( 血圧値 ( ) mmHg 以上・以下 入浴禁止 )							
	6. 四肢・体幹の可動制限について	なし あり (部位 ( ))							
	7. 日常動作練習・リハビリによる現症予後の見通し	改善 不変 悪化							
介護アドバイス ( )									
その他									
上記の通り診断します。									
平成 年 月 日									
住 所									
病(医)院名									
医 師 名									
Ⓜ									