

入居申込書 (1)

株式会社 日本トータルライフ 御中

ご家族の方に、ご記入をお願いいたします。

入 居 予 定 者	ふ り が な	男	生年月日	年齢	歳
	氏名	女	明 大 昭		
			治 正 和	年	月
住所		電話 番号			

要介護度	被保険者番号	認定日	認定有効期間

1. 緊急連絡先

氏名	様	続柄	〒	住所	電話
氏名	様	続柄	〒	住所	電話

2. 今までに大きな病気・ケガで治療もしくは手術をされた方はご記入下さい。

傷病名 時期

3. 現在も病気、ケガ等を治療中の方は下記に通院（入院）先をご記入下さい。

（なお治療中の方は別紙・診療情報提供書の提出も併せてお願いいたします。）

病・医院名 担当医氏名

所在地 電話番号

年 月 日

申請者 住所

氏名 印

入 居 申 込 書 (2)

食 事	種類	常食	軟食	きざみ食	流動食	特別食 ()
	介助	自立		一部介助		全面介助	
排 泄	自立	一部介助		全面介助 (オムツ 紙パンツ)		ポータブルトイレ	
起 立	自立		一部介助		全面介助		
歩 行	自立	一部介助		全面介助	車椅子使 (他)		
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		喪失	(補聴器 有・無)	
視 力	正常範囲		低下 (右・左・両方)		喪失	(メガネ 有・無)	
睡 眠	良眠		浅い眠り		不眠症		
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
意思表示	正常範囲		基本的欲求のみ		不可能		
話の理解	正常範囲		まれに理解		不可能		
運動障害	正常範囲		軽度麻痺有り		完全麻痺 (部位)		
精神機能	正常範囲	低下	(記憶障害 見当識障害 理解力低下 興奮 暴力 徘徊 せん妄 不潔行為 他)				
最近の自覚 (他覚) 症状							

申請者 住所

氏名

印

診療情報提供書

平成 年 月 日

株式会社 日本トータルライフ御中

医療機関の所在地及び名称

(電話番号)

(ご担当医名)

印

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
患者住所			
電話番号	()		
生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	歳

傷病名
既往歴・家族歴ほか
症状・検査・治療経過ほか
現処方
備考・特記事項

感染症（一ヶ月以内実施の検査結果を記入願います。）	
MRSA（陽性・陰性・実施日 / ）	HBs 抗原（陽性・陰性・未検）
疥癬を疑う皮疹（有・無、診断日 / ）	HCV 抗体（陽性・陰性・未検）
胸部 XP の異常所見（有・無、診断日 / ）	梅毒反応（有・無、診断日 / ）
現在における在宅医療適応の可否（可・否） ※必ず記入願います。	

※下記項目の血液検査・尿検査の結果及び実施日の添付をお願いしますコピーでも結構です。

(WBC・RBC・Hb・Plt・TP・GOT・GPT・LDH・ALP・CCr・BUN・TC・TG・UA・BS) (Hr・糖・タンパク・潜血)