

入居される皆様へ

お預けいただくもの	介護保険証 負担割合証 健康保険証 障害者手帳など お薬手帳
-----------	--------------------------------------

※緊急搬送時、必ず必要となりますので、施設へお預けください。

基本情報 緊急連絡先	
身元保証人1	①氏名 続柄 ()
	電話番号
	携帯番号
	メールアドレス
身元保証人2	②氏名 続柄 ()
	電話番号
	携帯番号

家族構成	
配偶者	あり なし (配偶者ありの方：職業) (独身 離婚 死亡)
実子	続柄 氏名
	続柄 氏名
	続柄 氏名
	続柄 氏名
兄弟	続柄 氏名
	続柄 氏名
	続柄 氏名

入居者情報	
主訴	入居した理由
生活歴	出生地
	転居等
	結婚時期
	職歴
	その他
現在の生活状況	わかる範囲でご記入ください。
趣味	

施設内往診について	希望する（内科 眼科 歯科）	希望しない
-----------	----------------	-------

食べ物について	
食べれないもの	納豆 牛乳 ヨーグルト など
アレルギーのあるもの	

口腔について	
口腔内の状況	良好 普通 よくない
入れ歯の有無	あり なし
入れ歯の状態	良好 普通 よくない
租借はできるか	良好 普通 できない
歯科往診を希望	希望する 希望しない (かんざき歯科クリニック)

聴力について	
補聴器の有無	あり なし
聴力の状況	右 良好 普通 よくない
	左 良好 普通 よくない

視力について	
眼鏡等の有無	あり なし
眼科に受診歴	あり なし
	現在眼科にかかっている かかっていない
点眼薬の有無	あり なし
眼科往診の希望	あり なし (みやび内科眼科クリニック)

排泄について	
排泄状況	自立 助けが必要
おむつ等について	なし 紙パンツ パット おむつ
排泄の失敗について	なし 時々ある よくある

着脱について	自分でできる 助けが必要 できない
--------	-------------------

記憶障害	なし ある
	(病名：)

服薬について	
常用しているお薬の有無	ある なし
市販薬の有無	ある なし

要望があれば記載ください。

ご協力ありがとうございました。