

ふりがな 氏名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 ※生年月日は「S33/12/25」などを入力	要介護度	
住所	〒		TEL			
家族 状 況	ふりがな 氏名	年齢	続柄	世帯	職業	住所 及び 参考情報
家族 構 成				主介護者	ふりがな	
				保証人	ふりがな	
緊急連絡先①	氏名	続柄		電話		
	住所				携帯	
	会社				電話	
緊急連絡先②	氏名	続柄		電話		
	住所				携帯	
	会社				電話	
緊急連絡先③	氏名	続柄		電話		
	住所				携帯	
	会社				電話	
居宅介護 支援事務所	TEL			担当 CM		
年金種類			健康保険			
特記事項/備考						

次のページ

シニアハウス なごみ 申込書【2ページ目】

緊急搬送先	医療機関名		医師		TEL	
かかりつけ 医療機関	医療機関名①		医師		TEL	
	医療機関名②		医師		TEL	
	医療機関名③		医師		TEL	
疾病の 状況 ／ 病歴	病名	発病年月	病院名	備考		
通院の 状況	病院名	通院頻度				
		<input type="checkbox"/> 週 / <input type="checkbox"/> 月	通院回数		回	
		<input type="checkbox"/> 週 / <input type="checkbox"/> 月	通院回数		回	
		<input type="checkbox"/> 週 / <input type="checkbox"/> 月	通院回数		回	
		<input type="checkbox"/> 週 / <input type="checkbox"/> 月	通院回数		回	
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	“有”のとき 感染症名				
服薬状況						
生活歴						
趣味・特技			職歴等			
在宅サービス 利用状況	訪問診療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回	<input type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> 週	医療機関名	
	訪問看護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回	<input type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> 週	事業所名	
	訪問介護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回	<input type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> 週	事業所名	
	デイサービス	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回	<input type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> 週	事業所名	
	訪問入浴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回	<input type="checkbox"/> 月 / <input type="checkbox"/> 週	事業所名	
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			会社名	
	その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

項目ごとに、現時点でのご家族が希望されている事柄に (チェック)を付けてください。

1. 体調不良時の対応について

- (1) 発熱・下痢など体調不良時には、夜中でもすぐに知らせしてほしい。
- (2) 発熱・下痢など体調不良時には、夜明け後に連絡をしてほしい。
- (3) 体調不良時の受診の判断は家族がしたい。
- (4) 体調不良時の受診の判断は、施設に任せたい。
- (5) 入院は家族の同意を取ってから決めてほしい。
- (6) 入院は医療機関や施設の判断に任せたい。

2. 緊急時の対応について

- (1) 緊急時、搬送先の医療機関に希望がある。 ⇒
- (2) 緊急時、搬送先に希望はない。
- (3) 搬送先は、施設の判断に任せる。

※ 緊急・救急搬送の場合、病院の受け入れ状況によっては必ずしも希望に添えない場合があります。また、希望の医療機関に搬送となっても、緊急の処置後に医師の判断で転院となる場合もあります。

3. 緊急搬送先での対応について

- (1) 人工呼吸器、心臓マッサージ、気管切開など積極的な延命処置を希望します。
- (2) 家族が到着するまでの延命処置を希望します。
- (3) 苦痛を和らげるための医療処置(点滴、投薬等)を希望します。
- (4) 一切の延命処置を施さないことを希望します。
- (5) その他

4. 終末期ケアについて

- (1) 施設で最期を看取ることを希望します。
- (2) 病院で出来るだけ治療することを希望します。
- (3) 自宅に帰って家族が看取ることを希望します。
- (4) その他

記入日付:

入所者氏名: 印

ご家族名: 続柄: 印