

ご見学申込書

負担割合	医療保険	割
	介護保険	割
	丸福・精神・指定難病	

メディカルホーム ハート・しんばやし へお越し頂きありがとうございます。

お手数ですが下記にご記入をお願いいたします。この用紙を元に様々なことを想定し説明をさせていただきます。

御見学日時	令和	年	月	日	時頃
フリガナ			生年月日	年	月 日
入居検討者様氏名	様		男性・女性	年齢()	歳
入居検討者ご住所	(〒 -)				
見学者様氏名	様		続柄 ()		
見学者者ご住所	(〒 -)				
見学者様連絡先	ご自宅		携帯番号		
【入居検討者様の現在の状況】					
独居・夫婦二人暮らし・家族と暮らしている【 人家族 】・入院中【 病院・担当CW 】					
その他【 】					
要介護認定状況	受けていない・申請中・区変中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
介護保険サービス 使用状況	<input type="checkbox"/> 現在介護保険サービスを受けていない <input type="checkbox"/> ケアマネージャー【事業所 担当者】 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴				
施設選びで 重視していること	<input type="checkbox"/> 医療体制 <input type="checkbox"/> 看護師24時間常駐 <input type="checkbox"/> リハビリ体制 <input type="checkbox"/> 介護体制 <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> 毎月の費用 <input type="checkbox"/> 施設への通いやすさ(交通の便の良さ) <input type="checkbox"/> 近隣の商業施設 <input type="checkbox"/> 立地 <input type="checkbox"/> 施設周辺の静かさ <input type="checkbox"/> 【他】				
しんばやしを 知られたきっかけ	<input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり看板等を見て <input type="checkbox"/> ホームページやインターネットを見て <input type="checkbox"/> 病院紹介【病院名: 紹介者: 】 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー【事業所名: 紹介者: 】 <input type="checkbox"/> 紹介会社【紹介会社: 担当者: 】 <input type="checkbox"/> 包括支援センター【紹介者: 】				
入居希望時期	令和	年	月頃		
<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 退院時期にあわせて【退院予定時期: 月 日頃】 <input type="checkbox"/> まだ考えていない <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 上記の[まだ考えていない]・[未定]の場合、時期を見て弊社から入居に関する連絡してもよろしいでしょうか？					
見学時に知りたいこと	<input type="checkbox"/> 介護保険について <input type="checkbox"/> 医療保険について <input type="checkbox"/> 施設の概要について <input type="checkbox"/> 料金体制について <input type="checkbox"/> 必要物品等 <input type="checkbox"/> 施設のサービスについて(介護・看護・リハビリ) <input type="checkbox"/> 緩和医療に関して <input type="checkbox"/> ターミナルケア(終末期ケア)に関して <input type="checkbox"/> 家族が何をすればいいのか <input type="checkbox"/> 面会等に関して <input type="checkbox"/> 【他】				

グッドライフ株式会社 見学申込書

介護状況	移動	立位可能(長時間・短時間)・独歩・杖歩行・歩行器・シルバーカー【他: _____】
	食事	主食【 _____ 】 副食【 _____ 】 <input type="checkbox"/> 水分トロミ【あり・なし】 <input type="checkbox"/> 摂取方法【自己・介助】 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	排泄	自立・オムツ(リハパン)・尿器・ポータブルトイレ【他 _____】
	入浴	自立・座浴・寝浴【他 _____】
	着替え	自立・部分介助・全介助【他 _____】
	洗面	自立・部分介助・全介助【他 _____】
	内服	自立・拒否有・部分介助・全介助【他 _____】
認知症	なし・まだらにある・年相応の物忘れ程度・ある 症状【 _____ 】	
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 永久気管孔 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻チューブ <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡(創傷)処置 <input type="checkbox"/> ストマ管理 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 人工透析(シャント管理) <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 吸入 【他 _____】	
現病歴 既往歴	<input type="checkbox"/> がん【 _____ 】 治療【抗がん剤・放射線・手術】 転移【 _____ 】 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 多系統委縮症 <input type="checkbox"/> 重症筋無力症 <input type="checkbox"/> 進行性筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> 筋委縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 後天性免疫不全症候群 <input type="checkbox"/> 頸髄損傷 <input type="checkbox"/> スモン <input type="checkbox"/> ハンチントン病 <input type="checkbox"/> ライソゾーム病 <input type="checkbox"/> 脊髄性筋萎縮症 <input type="checkbox"/> 球脊髄性筋萎縮症 <input type="checkbox"/> プリオン病 <input type="checkbox"/> 亜急性硬化性全脳炎 <input type="checkbox"/> 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 <input type="checkbox"/> 副腎白質ジストロフィー <input type="checkbox"/> 脳疾患(脳出血・脳梗塞) <input type="checkbox"/> 心疾患【狭心症・心筋梗塞・弁膜症・心不全】 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患【 _____ 】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患【うつ病・老人性精神病・双極性障害・統合失調症】 【他 _____】	
医療メモ 治療経過・内容 重要薬剤 他科受診状況	現在入院の場合【入院開始月日:R _____ 年 _____ 月 _____ 日頃】 食事・水分ムセ状況: なし・あり 痛み・苦痛の有無【なし・あり:場所 _____】 リハビリ施行状況【PT・OT・ST】 _____ _____ _____	
ご希望 ご要望 備考等	【特に重視してほしい事柄】 ① _____ _____ ② _____ _____ ③ _____ _____	

ご入力情報取り扱いについて

- ・今回記載頂きました内容に関しましては、個人情報保護法に基づき、ご見学者様への連絡や入居にあたっての情報管理以外には使用いたしません。
- ・この見学シートの管理に関しましては厳重に管理し、第三者への情報提供には使用いたしません。
- ・施設長が責任を持って管理・保管いたします。