

令和 年 月 日

(依頼施設名)

様

(依頼者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

士幌町立特別養護老人ホーム入所申込時の日常生活情報の提供について

(依頼)

私は、_____の士幌町立特別養護老人ホーム入所申込にあたって、同人の日常生活に関する情報が必要なため、本書にて提供いただけますようお願い申し上げます。なお、作成につきましては、貴施設の看護師・生活相談員等をお願いいたします。

日常生活情報提供書

氏 名		生年月日	M・T・S	年	月	日
住 所						
電話番号	() -					
主な疾患名						
入院入所時の状況	<input type="checkbox"/> 飲食物摂取（嚥下）に問題はありません <input type="checkbox"/> 普通食を提供しています <input type="checkbox"/> 医学的管理は必要なく、病状・身体状況が安定しています <input type="checkbox"/> 日常生活支援の場である特別養護老人ホームでの生活に支障ありません					
継続している 看護内容						
家族の面会状況	<input type="checkbox"/> 頻繁にある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ほとんど無い					
注意すべき服薬	※ 慢性疾患の治療を受けている場合は、薬品名と処方量を記載ください					
半年以内の入退院 回数と日数						
令和 年 月 日						
施設名	記入者名					
電話番号 () -	(内線)					

入所基準（平成 16 年度改正）

入所申込時に人工透析・インシュリン注射・在宅酸素を行っている者及び他の入居者並びに職員の健康を著しく害する恐れのある伝染性疾患罹患者は申し込むことができません。また、経管栄養等、複雑な医学的処置を受けている者については、担当医師・入退所検討委員会の意見を聞いて入所対象者にしない場合があります。