

百ねん庵楠【症状別確認事項】御入居者様対応用

事前情報をいただきましたら、即日入居仮審査をさせていただき、お返事をさせていただきます。（*本審査は実調後とさせていただきます。）

こちらまでお送りください。FAX 052-903-9311

- 年齢 / 性別 男・女 / 要介護度
 ●病院/施設名 / 担当名
 ●連絡先/ Tel / fax
 ●お名前/

| 症 状 | 状 態 | 問題点 |
|---------------------|-----|-----|
| 気 管 切 開 | | |
| | | |
| 胃 ろ う (P E G) | | |
| PEG の種類 | | |
| I V H (経 静 脈 栄 養) | | |
| ポートが入っているか | | |
| 吸 引 の 必 要 な 方 | | |
| 頻度は? | | |
| 在 宅 酸 素 の 必 要 な 方 | | |
| 酸素メーカーは? | | |
| 糖 尿 病 | | |
| インスリン注射有無 | | |
| 留 置 カ テ ー テ ル | | |
| | | |
| 人 工 透 析 | | |
| 病院の指定 | | |

| | | |
|-------------------------------|--|--|
| 認知症（痴呆） | | |
| レベル | | |
| ストーマの方 | | |
| | | |
| 褥創（じょくそう） | | |
| レベル | | |
| HBS（B型肝炎） | | |
| | | |
| 肝 炎 | | |
| | | |
| 結 核 | | |
| | | |
| M R S A | | |
| | | |
| 嚥 下 障 害 | | |
| | | |
| 人 工 呼 吸 器 | | |
| | | |
| そ の 他 | | |
| 歩行可能/車いす/寝たきり 等の状態 骨折など | | |

有難うございました。後日拝見させていただきました資料に基づき、仮審査のご報告をさせていただきます。