

# 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		
縛 創 ( じ ょ く そ う )		
レベル		
H B S ( 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。