

病名・病状による受入れ対応早見表

病名・症状	対応状況	備考
経管栄養（鼻腔）	○	ADLの状況による
経管栄養（胃ろう）	○	食費の値引きはありません
IVH（中心静脈栄養・24時間点滴）	○	
感染症 MRSA	○	
疥癬	○	
B型・C型肝炎・HBS	○	
梅毒	○	
HIV	△	
結核	○	
緑膿菌	○	
バルンカテーテル	○	
インシュリン	○	
透析	○	
ペースメーカー	○	
在宅酸素	○	
ALS（筋萎縮性側索硬化症）	○	
ストーマ・人工肛門	○	
ストーマ・ウロストミー（尿管皮膚ろう）	○	
気管切開	○	
人工呼吸器	○	
褥瘡	○	
吸引	○	
ターミナル	○	
がん末期	○	
暴力行為	△	施設長の面談により判断いたします
服薬拒否、治療や介護の拒否	△	施設長の面談により判断いたします
不潔行為	○	
認知症	○	

※施設の看護師が24時間対応できます。

周辺環境	対応状況	備考
生活保護の方	○	
身寄りのいない方	○	
ご家族が遠方の方	○	

あすなろ新座 入居申込書

あすなろ新座
施設長様

【申込者】

住所: _____
 氏名: _____ (印)
 (続柄)

私は、有料老人ホームあすなろ新座への入居を申し込みいたします。

入居予定者	フリガナ		要介護度		性別
	名前		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	年齢 歳		
	フリガナ				
	住所	〒 _____ TEL ()			
	現在いらっしゃる場所				
	1. 自宅				
	2. 病院 (病院名)				
	3. 施設 (施設名)				
	4. その他 ()				
現在担当のケアマネジャーの方について					
無・有 (事業所名: _____ 氏名)					
身元引受人(予定)	フリガナ				性別
	名前		続柄		男・女
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	年齢 歳		
	フリガナ				
	住所	〒 _____ TEL ()			
	勤務先				

◎申込時は以下の添付資料をご提出ください

- 介護保険被保険者証・介護保険負担割合証のコピー
- 診療情報提供書(現在治療中の方、入院中の方。各医療機関指定様式で可)
- お薬手帳(診療情報提供書に薬情報の記載があるときは不要です)