ナースアテンダントサービス お申込書

予約フォーム	※印	の項目は	は必ずご記	己入下さい
ご希望の日時 ※	開始日時: 年	 ∃ I	日時	分
	終了日時: 年 月	∃ I	日 時	分
ご希望の場所 ※	開始場所:□ ご自宅 □ 病院	□そのイ	世 ()
	都道府県:			
	ご住所 :			
	終了場所:□ 開始場所と同じ場	合はこち	らにチェッ	ック
	□ ご自宅 □ 病院	□そのイ	也 ()
	都道府県:			
	ご住所 :			
サービス対象者様	の情報			
お名前 <u>※</u>				
ふりがな ※				
で住所 ※				
性 別 ※	□ 女性 □ 男性			
年 齢 ※	歳			
身 長 ※	cm			
体 重 ※	kg			
1. これまでに罹つた症	i気はありますか(既往歴) <mark>※ ※ 記</mark>	· 人 例:①)() 年前頃 	病名
2. 現在の告げられてい	ヽる病気はありますか(現病歴) <mark>※</mark> ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	※ 記入例	削:病名	
3. 現在具合の悪いとる ある場合は下記にる	ころ(自覚症状)はありますか? ご記入下さい。			
痛む部位 :				
不自由な箇所:				
その他 :				

4. 装着または利用してる器具はある場合は下記項目にチェッ	
	ユーレ □ 経管栄養 □ 中心静脈栄養 □ ストーマ 透析 □ 人工呼吸器 □ 酸素吸入 □ 吸引
□ その他(
5. 歩行について ※	
□ 自立歩行できる □ 何	「かにつかまれば可能 □ できない
6. 車椅子の使用状況 ※	
□ 使用していない □ 時	々使用 □ 常時使用 □ 自走できる □ 自走不可
7. 排泄介護 ※	
□ 自立 □ 見守りが必要	□ 一部介助 □ 全面介助 □ おむつ着用
8. 認知症の有無 ※	
□ 無し □ 一部あり →	・ □ 徘徊 □ 危険行為 □不潔行為
	□ その他 ()
9. コミュニケーションについて	*
□ 普通に会話が可能	□ 言語障害あり □ 難聴あり
□ 意思確認(うなずき、また	ばたき) 🛘 コミュニケーション不可
お申込者	
お名前 ※	
□ サービス対象者様と同じ	
ふりがな ※	
□ サービス対象者様と同じ	
で住所 ※	
□ サービス対象者様と同じ	
サービス対象者様とのご関係 ※	
ご連絡先 ※	※付添い当日を含めて必ず連絡が取れる番号をご記入下さい。携帯番号も可。
FAX 番号	
メールアドレス ※	
※弊社利用欄 受付日:	年 月 日 受付担当: