



■現在通院中の病院（例. ○病院の△△科に××病の経過観察 など）

■既往歴（今までに患った病気やケガ／例.1990 年 脳梗塞 手術など）

■MRI などの検査に必要な情報（次のような方は検査を受けられないことがあります。必ず申し出てください）

MRI 検査を受けることができますか？（できる ・ できない ・ わからない）

- 心臓ペースメーカーを埋め込んでいる
- 人工内耳、人工中耳
- ステント挿入手術を 2 週間以内に受けられた
- 古い人工心臓弁の手術を受けられている
- 眼に微細な金属片が入っている（または入っていると疑わしい方）
- チタン製以外の脳動脈瘤クリップが入っている
- 金属の義眼底である
- 骨折によりボルト固定がされたままである（手術した病院名と手術時期、分かれば材質も）



■サービス中に考えられる必要な介助サービス全てにチェックをつけてください

移動介助 (車いす、杖、歩行器、シルバーカー、ストレッチャー、歩行見守り)

乗車介助 食事介助 口腔ケア 入浴介助 更衣 (着替え) 介助

排泄介助 夜間の見守り 病状観察 その他 ( \_\_\_\_\_ )

■サービス中に必要な医療行為に○をつけてください (医療行為は事前に主治医の指示書が必要です)

内服介助 吸入 インスリン注射 貼付薬の貼付 吸引 ストーマパウチ交換

導尿 浣腸 胃ろう 胃管からの栄養注入・管理 点滴の管理 酸素管理

その他 ( \_\_\_\_\_ )

■ルピネスタッフへの要望：

病院からの同意書へのサインの代筆をルピネスタッフに許可します。

**付き添いレポート (詳細報告書) の提出先** (2 か所まで設定可能 例：①娘様へ LINE、②ケアマネへ FAX)

① 提出手段 (E-Mail・LINE・FAX・郵送)

提出先の情報 ( \_\_\_\_\_ )

② 提出手段 (E-Mail・LINE・FAX・郵送)

提出先の情報 ( \_\_\_\_\_ )

**お申込者様**

(カナ)： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： ( \_\_\_\_\_ )

電話番号：(自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

**ご連絡者様** (緊急連絡先やご報告を差し上げる方が、申込者様と同一でない場合はご記入ください)

(カナ)： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： ( \_\_\_\_\_ )

電話番号：(自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_

この情報は個人情報取り扱い事項に基づき、厳重に管理されます。ご協力ありがとうございました。