

■ 利用者

フリガナ	オノダ セツコ
氏名	小野田 節子
TEL	06-6357-0729
フリガナ	オオサカシキク テンマバシ
住所	〒530-0042 大阪市北区天満橋2丁目4-4 ロイヤルパーク花水都 1218
生年月日	(西暦) 1940 年 2月 11日 86 歳
要介護認定	自立・要支援(1・2)・要介護(1・ <u>2</u> ・3・4・5)・ <u>申請中</u>

※住宅型有料老人ホームをご検討の方へ

住民票届出住所が、上記住所と異なる場合は、以下ご記入ください。

住民票届出住所	都・道 府・県	区(東京23区の場合) ・市・町・村
---------	------------	-----------------------

後見人等の有無	無・有 (有の場合は、右欄もご記入ください。)	後見人等の種類	成年後見人・保佐人・補助人・任意後見人・任意後見受任者
		フリガナ	
		氏名	
		TEL	
		フリガナ	
		住所	〒

■ お申込者

フリガナ	オノノ タカヤ		本人との 関係	長男
氏名	小野田 拓也			
TEL	(携帯) 090-6901-4886			
フリガナ				
住所	〒541-0041 大阪府中央区高麗橋 1-7-7-3110			
生年月日	(西暦) 1973年 9月 26日 歳			
勤務先	名称	(株) 美		役職: 代表取締役
	住所	〒530-0045 大阪市北区天神西町5-17 南森町10丁目		
	TEL	06-6363-5411		
ご希望の連絡先に○	<input checked="" type="radio"/> 自宅 • <input type="radio"/> 勤務先			

当社記入欄 (確定利用期間)

体験・長期・ショート	開始予定日	終了予定日	担当:	No:
	20 年 月 日 時頃 朝・昼・夕	月 日 時頃 朝・昼・夕		
体験・長期・ショート	開始予定日	終了予定日	担当:	No:
	20 年 月 日 時頃 朝・昼・夕	月 日 時頃 朝・昼・夕		

407号室 入居 PM

夜間・緊急時対応確認書

本確認書には、何らかの緊急対応を要する場合に備え、緊急時のご連絡先をご記入お願いいたします。
また、ご連絡がつかず、ご本人の意思確認が難しい場合に備え、対応のご希望をご記入お願いいたします。

株式会社ベネッセスタイルケア 宛

■ 緊急時の連絡先（何らかの緊急の判断を要する場合には、以下の順番でご連絡いたします。）

優先順位	ふりがな氏名	ご本人との続柄	連絡先		
			優先順位		電話番号
1	ゆづがめ まいこ	長女	2	自宅	(06) 6357-0729
	緩語 依子		1	携帯	(090) 9988-3462
			勤務先	()	名称
2	おのぼ くにや	長男		自宅	()
	小野田 拓世		1	携帯	(090) 6901-4886
			勤務先	()	名称
3				自宅	()
				携帯	()
				勤務先	()
4				自宅	()
				携帯	()
				勤務先	()

■ 上記いずれとも連絡がつかず、本人の意思確認が難しい場合の対応希望（以下からお選びください。）

- ①ベネッセスタイルケアに判断を一任します。救急隊の指示に従って対応して下さい。
- ②以下の方針に従って対応をお願い致します。

※上記②に関わらず、人命優先の観点からベネッセスタイルケアにて別途判断した場合は、
①により救急隊の指示に従って対応します。

■ 緊急搬送先病院の希望（※ご希望が有る場合のみ記入下さい。）

病院名	大阪市北区内 希望
主治医	
電話番号	

◆ ご入居者: 小野田 節子



◆ 保証人様: 小野田 拓世



確認日: 2026年 2月20日

○ 以下は、お申込者様以外のご家族様をご記入いただいても結構です。

ご記入者	緩詰 依子
------	-------

■ ご利用希望者様の生活状況確認について

※ 以下の内容は、お差支えのない範囲でご記入ください。ホームでのサービス提供上のご参考にさせていただきます。

なお、ご記入・ご提出いただいた内容についての秘密は厳守いたします。

1. お住まいとご家族について

【ご家族構成をご記入ください。(わかる範囲でご記入お願いいたします。)]

同居・別居	ご家族の氏名	本人との続柄	年齢	職業・その他
同・ <input checked="" type="radio"/> 別	緩詰 依子	子	53	会社員
同・ <input checked="" type="radio"/> 別	小野田 拓也	子	52	会社経営
同・別				

2. ご利用希望者様ご本人の生活全般について

ご本人のホーム申込み以前の生活の様子についてご記入ください。

ご出身地	大阪府中央区谷町6丁目
壮年期のご様子 <ul style="list-style-type: none"> ・ 学生生活 ・ お仕事 ・ ご趣味 ・ 人間関係など 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 洋裁学校を卒業 (母・弟・弟・妹の四人兄弟 関西在中 健在) ・ 子は2人 (長女・長男) 孫4人 (1997年夫 病気の為亡くなる) ・ 趣味、占い、神社仏閣巡り、花、絵画、旅行、 ・ 人間関係は家族(子・孫)、友人と会うなどはなし。セカンドの配達員さん ・ 月1回、内科、歯科、皮膚科へ通院 ・ 週1回 ヘルパー、週2回 訪問看護

(1) 日常生活を営むにあたっての現在の状況についてご記入ください。

■あてはまるものに○を付け、必要に応じて留意事項をご記入ください。

項目	内容	留意事項
歩行(移動)	ご自分で・見守り・お手伝い	
	使用用具 杖・歩行器・車いす	
	転倒されることはよくありますか? (無・有)	
お食事	ご自分で・見守り・お手伝い・自助具の使用	
	普通食・刻み食・ミキサー食・おかゆ	
	病気による禁止食品・制限 (無・有)	
	食事中的むせこみ (無・有)	
	大切にされている食習慣 (無・有)	10分好き
ご入浴	ご自分で・見守り・お手伝い	
	入浴は(好き・嫌い)	
	医療面の対応(無・有)	
洗髪	ご自分で・お手伝い	シャワーのみ(下肢静脈瘤の潰瘍の為)
お手洗い	(昼間) ご自分で・お声かけのみ・お手伝い	
	使用用具 ポータブルトイレ・尿器	
	オムツ類 オムツ・リハビリ用パンツ・パット	
	(夜間) ご自分で・お声かけのみ・お手伝い	
	使用用具 ポータブルトイレ・尿器	
	オムツ類 オムツ・リハビリ用パンツ・パット	
	お通じ(毎日/()日に1回程度)	
お薬の管理	ご自分で管理・ご家族が管理	
	朝/昼/夕/就寝前/その他時間	
	頓服薬(無・有)	
	目薬・塗り薬(無・有)	
着替え	ご自分で・ご用意のみ・お手伝い	
洗顔	ご自分で・お声かけのみ・お手伝い	
義歯	上 自歯・義歯(部分・総義歯)	
	下 自歯・義歯(部分・総義歯)	
	管理 自分で・お手伝い	
歯磨き	ご自分で・お手伝い	
洗濯	ご自分で・お手伝い	
掃除、片づけ	ご自分で・お手伝い	
【その他 お身体の状態】		
麻痺	(無)・有(右/左)	
もの忘れ	(無)・有	
アレルギー	(無)・有(食物・薬物・その他)	
褥瘡(床ずれ)	(無)・有(どこにありますか?) →	

(2) ご利用希望者様の病気・けが・医療全般についてご記入ください。

① 現在の病歴について

◆ 障害者手帳をお持ちですか。	はい ・ <u>いいえ</u>
	「はい」の場合の種類・等級
◆ 以下の項目のうち、該当するものがあれば○をお付けください。	
脳の病気	脳梗塞（多発性／1箇所）・脳出血・くも膜下出血・一過性脳虚血発作・脳血管障害
	認知症（アルツハイマー型・脳血管性）
	パーキンソン病
	その他：
循環器の病気（心臓・肺）	心筋梗塞・狭心症・不整脈・心筋症・弁膜症・心不全 肺炎・喘息・気管支炎・肺気腫・肺腺維症・肺結核
	その他：
消化器の病気	胃炎・腸炎・胃・十二指腸潰瘍・腸閉塞・食道潰瘍・食道動脈瘤 肝炎（A型／B型／C型）・肝硬変、膵炎・胆石・痔
	その他：
腎臓の病気	腎不全・腎結石・腎盂腎炎・糖尿病性腎症 その他：
腫瘍（がん）	部位： 手術：
血液の病気	貧血・白血病・（輸血の経験 無・有） その他：
運動器の病気 や 骨折	部位： <u>膝の骨折</u> 手術： 2015年12月 変形膝関節症・骨粗鬆症・神経痛・椎間板ヘルニア その他：
皮膚の病気	<u>水虫</u> ・ヘルペス・かいせん その他： <u>両足ひざから下 下肢静脈瘤からの潰瘍</u>
眼の病気	<u>白内障</u> ・緑内障・その他： 2023年1月に予定してはが「本人希望で」 直前キャンセル
心の病気	うつ病・統合失調症・神経症 その他：
その他、 生活習慣病	<u>高血圧</u> ・高脂血症・糖尿病・動脈硬化

前記以外の 病気やけが	
前記で○のつ いた個所の処 置方法または 後遺症 (なるべく詳しく お書きください。)	

② 過去の病歴について

◆ 過去にかかった大きな病気・けがについてご記入ください。

年	月	病名	処置方法または後遺症
2015 9	12	腕の骨折	手術をしたが、手が「あがりにくい角度ほど」 不便がある。
2025	12	腰椎周辺の圧迫骨折	

(3) 現在の主治医について

◆ 現在の主治医についてご記入ください。

主	病院名： <u>行岡</u> 病院
治	診療科目： _____ 科 担当医師： _____ 先生
医	病名： _____ 頻度(通院)： _____

■ ベネッセスタイルケアを知ったきっかけ

きっかけ：

以上