

1頁～4頁まですべてにご記入ください

特別養護老人ホーム はまなす苑 入所申込書

| |
|-----------|
| 申込日 |
| 受付日 |
| 現況確認(1回目) |
| (2回目) |
| (3回目) |
| (4回目) |
| (5回目) |

| | | | | | |
|-----|------------|--------------|--|----|--|
| 申込者 | フリガナ 氏名 | | | 続柄 | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話 | 日中の連絡（可能・不可） | | | |
| | 携帯 | 日中の連絡（可能・不可） | | | |

| | | | | | | | |
|----------|--|---|-------------|----------------|--|--|--|
| 入所申込者の状況 | フリガナ 氏名 | 性別 | 生年月日 | | | | |
| | | 男・女 | 明・㊮・㊯ 年 月 日 | | | | |
| | 現住所 | | | | | | |
| | 保険者 | 被保険者番号 | | | | | |
| | 要介護認定 | <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| | 相談できる介護支援専門員（ケアマネジャー）は、 | いる ・ いない | | | | | |
| | 居宅介護支援事業所名： | 電話： | | | | | |
| | ご担当介護支援専門員（ケアマネジャー）： | | | | | | |
| | 希望者の状況 | <input type="checkbox"/> 訪問介護 回 / 月 居宅サービスの <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 回 / 月 利用状況等 <input type="checkbox"/> 訪問看護 回 / 月 (該当項目に☑し <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション 回 / 月 利用回数を記入 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 回 / 月 <input type="checkbox"/> 通所介護 回 / 月 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション 回 / 月 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (特定福祉用具購入 ・ 住宅改修工事) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 回 / 月 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 回 / 月 | | | | | |
| | 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている [入院日： 入院前の居所：] <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている [診断名：] 病院 ・ 老人保健施設 ・ グループホーム ・ ケアハウス ・ 有料老人ホーム ・ その他 [名称：] | | | | | |
| | 主たる介護者 | フリガナ 氏名 | 性別 | 生年月日 年齢 | | | |
| | | | 男・女 | ㊮・㊯ 年 月 日 歳 | | | |
| | 本人との関係 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している ↓ 住所： 連絡先： | | | | | | |

主たる介護者の方にお伺いします。（該当するものに○を付けてください。）

| | |
|--|--|
| 介 護 の 状 況 | あなたの心身に障害や疾病などの問題がありますか？ |
| | <input type="checkbox"/> 問題があるため介護困難 <input type="checkbox"/> 問題がある、を選択した方は以下の質問にもお答えください。 <input type="checkbox"/> 問題はあるが、多少の介護は可能 <input type="checkbox"/> 病名 (例：腰痛など) <input type="checkbox"/> 問題はあるが、介護をするのに支障はない <input type="checkbox"/> 主介護者が介護認定を受けている場合→要支援1・2 <input type="checkbox"/> 問題はない 要介護1・2・3・4・5 |
| | 本人以外で家族に育児や看病の必要な方はいますか？ |
| | <input type="checkbox"/> 常時、育児または看病が必要な方がいる <input type="checkbox"/> 半日程度の育児または看病が必要な方がいる <input type="checkbox"/> 時々、育児または看病が必要な方がいる <input type="checkbox"/> いない |
| | あなた以外に介護に関われる方（家族等）はいますか？ |
| <input type="checkbox"/> いるが、本人の介護は困難 <input type="checkbox"/> いるが、本人の介護は多少可能 <input type="checkbox"/> いるが、本人の介護は十分可能 <input type="checkbox"/> いない | |
| 介護協力者についてお伺いします。 | |
| <input type="checkbox"/> 同居の介護協力者がいる <input type="checkbox"/> 別居の血縁介護協力者がいる <input type="checkbox"/> 近隣者等血縁者以外の介護協力者がいる | <input type="checkbox"/> 頻度 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時 |
| あなたは就労していますか？ | |
| <input type="checkbox"/> 1日に8時間以上就労している <input type="checkbox"/> 1日に4時間以上就労している <input type="checkbox"/> 1日に4時間未満就労している <input type="checkbox"/> 不定期である <input type="checkbox"/> 就労していない | |
| 同 意 欄 | 特別養護老人ホームはまなす苑 施設長 殿 貴施設に入所を希望するため、申し込みます。 また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業所等から情報提供を受けることに同意します。 平成 年 月 日 (申込者) 住 所 氏 名 印 続柄 |

入所希望者（ご本人様）氏名

様

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|--|--------------------------------|
| 身体 の 状 況 | 現病名 (現在治療中の病気) | | | | |
| | 既往歴 (今までの病歴) | | | | |
| | 意思の疎通 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> できるときもある | | |
| | | <input type="checkbox"/> ほとんどできない | <input type="checkbox"/> 全くできない | | |
| | 言語 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい | | |
| | | <input type="checkbox"/> 聞き取れない | <input type="checkbox"/> 全く話せない | | |
| | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや悪い | | |
| | | <input type="checkbox"/> 人や物の動きがわかる | <input type="checkbox"/> 全く見えない | | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる | | |
| | | <input type="checkbox"/> 耳元で大声なら聞こえる | <input type="checkbox"/> 全く聞こえない | | |
| 睡眠 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 眠りが浅い | <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 睡眠薬を使用している | |
| 皮膚の状態 | <input type="checkbox"/> 異常なし | <input type="checkbox"/> 床ずれがある(場所: _____) | /状態: _____) | | |
| | <input type="checkbox"/> かゆみがある(場所: _____) | <input type="checkbox"/> できものがある(場所: _____) | | | |
| 特別な医療 | <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他(_____) <input type="checkbox"/> 特に無し | | | | |
| 身体の障害 | 無 ・ 有 (障害名: _____ /部位: _____) 種 級 /取得年月日 年 月 日 | | | | |
| 日 常 生 活 で の 動 作 | 起き上がり | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる | | |
| | 寝返り動作 | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要 | | |
| | 立位 | <input type="checkbox"/> 一人で立てる | <input type="checkbox"/> 手すりにつかまればできる | | |
| | | <input type="checkbox"/> 介助があれば立てる | <input type="checkbox"/> 立ってられない | | |
| | 歩行・移動 (複数回答可) | <input type="checkbox"/> 自分で歩ける | <input type="checkbox"/> 杖、手すり、歩行-カ-を使用して一人で歩ける | | |
| | | <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける | <input type="checkbox"/> 歩けない | <input type="checkbox"/> 這って移動できる | |
| | | <input type="checkbox"/> 車椅子を使用している(自走ができる ・ 自走ができない) | | | |
| | 活動 | <input type="checkbox"/> 外出できる | <input type="checkbox"/> 家の中なら歩く等の移動ができる | | |
| | | <input type="checkbox"/> 車椅子に座っていることが多い | <input type="checkbox"/> 寝たきり ・ ほとんど寝たきり | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 自分で食べられる | <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすれば食べられる | | |
| | | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要 | <input type="checkbox"/> 口から食べることができない | |
| | 飲み込みの状態 | <input type="checkbox"/> 良い | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 時々のだにつかえる | |
| | | <input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い(のどにつかえることが多い) <input type="checkbox"/> トロミを使っている | | | |
| | 食事の形態 | <input type="checkbox"/> 常食 | <input type="checkbox"/> おかゆ | <input type="checkbox"/> おかずは刻み | <input type="checkbox"/> ミキサー食 |
| | 食事の制限・アレルギー (複数回答可) | <input type="checkbox"/> 制限はない <input type="checkbox"/> カロリー、塩分などの制限がある <input type="checkbox"/> アレルギーがある (_____) (_____) | | | |
| 排泄 (複数回答可) | <input type="checkbox"/> 自分でできる | <input type="checkbox"/> 一部介助すればできる | <input type="checkbox"/> 後始末ができない | | |
| | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要 | <input type="checkbox"/> トイレでの排泄はできない | | | |
| パンツ・オムツ等 | <input type="checkbox"/> 布パンツのみ | <input type="checkbox"/> 布パンツにパット使用 | <input type="checkbox"/> リハビリパンツ | | |
| | <input type="checkbox"/> リハビリパンツにパットを使用 | <input type="checkbox"/> オムツ(常時 ・ 夜間のみ) | | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 湯船に入れる | <input type="checkbox"/> シャワー浴(施設入浴) | <input type="checkbox"/> 清拭のみ | | |
| お風呂で身体や 頭を洗うこと | <input type="checkbox"/> 自分でできる | <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 | | |
| | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要 | | | | |
| 歯磨き | <input type="checkbox"/> 自分でできる | <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 | | |
| | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要 | | | |
| 義歯 | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (全部 ・ 部分 ・ 有るが使用せず) | | | | |
| 衣服の着脱 | <input type="checkbox"/> 自分でできる | <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすればできる | | | |
| | <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 | <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要 | | | |

※入所判定に不利になるものではございませんので、ありのままをご回答ください。

| | | | | | | |
|---|----|---|------|---|-----|---|
| 自分でしまった物を、誰かに盗られたと言うようなことはありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 意味不明の言動がありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 奇声を上げることがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 大便をいじったり、トイレ以外の場所で排泄をすることがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 同じ事を何度も言うことがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 食べられないものを口にするようなことがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 一人の時に誰かと話しているようなことがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 昼間は寝ており、夜間不眠になることがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 色々な物を集めたり、無断で持ってくるようなことがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 世話(助言や介護)をされることを拒否(抵抗)するようなことがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 暴力をふるうようなことがありますか？ (例：殴る、噛み付く、引っかく、ける、つばを吐きかける等) | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 食事したことを忘れてしまうようなことがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| やたらに歩き回るようなことがありますか？（ 家の中 、 外 ） | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |
| 見えないものを見えると言うようなことがありますか？ | ない | ・ | 時々ある | ・ | ある（ | ） |

その他、申し出ておきたいことがございましたら自由にご記入下さい。

ご協力いただきありがとうございました。