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

			_	氏						続柄				
	況確認(1回目) (2回目)		申		所				ļ					
(30目)			込者	電	話	 日中の連絡 (可能 • 不可)								
	(40目) (50目)				帯	日中の連絡(可能・不可)								
				175	115				**************************************	. 586				
	フリカ゛ナ					性別			生	年月] [В
	氏 名			男・女 聯・					• 柾• 岡 年 月					
	現住所													
	保険者			被保険者番号										
入	□要介護3 □要介護4 □要介護5 要介護認定 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
所	相談できる介)護支援専門員(ケアマ	7ネ	ジャー	–) la	ţ,	U13	る	•		いた	しりえ		
申	居宅介護支援	等業所名 :						電話:						
込	ご担当介護支	を援専門員 (ケアマネシ	ブヤ [・]	-)	:									
居宅サービスの 口訪問入浴介護 回							□ / / / / 回	月月月月月月修月	·事)				
現在の状況									_ - ~0.]))他				
	フリかナ					性別	m	Tifo .		年 月			F 使令	
_	氏名					男・女	大正 • 8	ăN -	年 月			歳		
主たる	本人との関係													
る介護者		している <u>している</u> ↓ ī:												
	連絡先	<u>:</u> :												

主たる介護者の方にお伺いします。(該当するものに〇を付けてください。)

	あなたの心身に障害や疾病などの問題はありますか?								
	□問題があるため介護困難								
	口問題はあるが、多少の介護は可能 口病名 (例:腰痛など)								
	□問題はあるが、介護をするのに支障はない □主介護者が介護認定を受けている場合→要支援1・2								
	口問題はない 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? 口常時、育児または看病が必要な方がいる								
介									
	口半日程度の育児または看病が必要な方がいる								
護 口時々、育児または看病が必要な方がいる									
	ロいない								
の	あなた以外に介護に関われる方(家族等)はいますか?								
	口いるが、本人の介護は困難								
状	□いるが、本人の介護は多少可能 ■いる、を選択した方は以下の質問にもお答えください。								
況	口いるが、本人の介護は十分可能								
<i>ν</i> ι	ロいない								
	介護協力者についてお伺いします。								
	□同居の介護協力者がいる								
	□別居の血縁介護協力者がいる □常時								
	口近隣者等血縁者以外の介護協力者がいる								
	あなたは就労していますか?								
	□1日に8時間以上就労している								
	□1日に4時間以上就労している								
	□1日に4時間未満就労している								
	□不定期である □								
	口就労していない								
特別養護老人ホームはまなす苑 施設長 殿									
同	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の 意									
	同意します。								
欄									
	(申込者) 住所								
	氏 名 印 続柄								

	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	□ できる □ できるときもある
身体の状況		ロ ほとんどできない ロ 全くできない
	言語	□ 普通 □ 聞き取りにくい
		□ 聞き取れない □ 全く話せない
	視力	□ 普通 □ ゆや悪い
		□ 人や物の動きがわかる □ 全く見えない
	聴力	□ 普通 □ 大きな声なら聞こえる
況		□ 耳元で大声なら聞こえる □ 全く聞こえない
	睡眠	□ 普通 □ 眠りが浅い □ 不眠 □ 睡眠薬を使用している
	皮膚の状態	□ 異常なし □ 床ずれがある(場所: /状態:)
		□ かゆみがある(場所:) □ できものがある(場所:)
	特別な医療	□点滴 □中心静脈栄養 □透析 □人工肛門 □酸素療法 □人工呼吸器
		□気管切開 □疼痛管理 □経管栄養 □モニター測定 □じょくそう
		□尿管カテーテル □インスリン □その他() □特に無し
	身体の障害	無
	起き上がり	ロ できる ロ 何かにつかまればできる
	寝返り動作	□ 一部介助が必要 □ 全てに介助が必要
	立位	ロ 一人で立てる ロ 手すりにつかまればできる
		□ 介助があれば立てる □ 立っていられない
	歩行 • 移動	口 自分で歩ける ロ 杖、手すり、シルバーカーを使用して一人で歩ける
	(複数回答可)	ロ 介助があれば歩ける ロ 歩けない ロ 這って移動できる
	ンナエ	□ 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	□ 外出できる □ 家の中なら歩く等の移動ができる □ 家の中なら歩く等の移動ができる
		□ 車椅子に座っていることが多い □ 寝たきり • ほとんど寝たきり
	食事	□ 自分で食べられる □ 声かけ、見守りをすれば食べられる □ 声かけ、見守りをすれば食べられる
	会によります。	□ 一部介助が必要 □ 全てに介助が必要 □ □ □から食べることができない
常	飲み込みの状態	□ 良い □ 普通 □ 時々のどにつかえる □ 飲み込みが悪い(のどにつかえることが多い) □ トロミを使っている
日常生活	食事の形態	□ 飲み込みが悪い(のどにつかえることが多い) □ トロミを使っている □ 常食 □ おかゆ □ おかずは刻み □ ミキサー食
酒で	食事の制限・別ば-	□ 制限はない □ カロリー、塩分などの制限がある □ アレルギーがある
の	(複数回答可)	
動作	排泄	
TF	(複数回答可)	□ 全てに介助が必要 □ トイレでの排泄はできない
	パンツ・オムツ等	□ 布パンツのみ □ 布パンツにパット使用 □ リハビリパンツ
	7 7 7 7 7	ロ リハビリパンツにパットを使用 ロ オムツ(常時 ・ 夜間のみ)
	入浴	□ 湯船に入れる □ シャワー浴(施設入浴) □ 清拭のみ
	お風呂で身体や	□ 自分でできる □ 見守りがあればできる □ 一部介助が必要
	頭を洗うこと	□ 全てに介助が必要
	歯磨き	□ 自分でできる □ 見守りがあればできる □ 一部介助が必要
		□ 一部介助が必要 □ 全てに介助が必要
	 義歯	□ 無し □ 有り (全部 · 部分 · 有るが使用せず)
	衣服の着脱	□ 自分でできる □ 声かけ、見守りをすればできる
	2 3337 2 2 3370	□ 一部介助が必要 □ 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。								