

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 あざみ苑 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	氏名 住所 電話 携帯	続柄 日中の連絡(可能・不可) 日中の連絡(可能・不可)
---	-------------	----------------------	------------------------------------

入 所 申 込 希 望 者 の 状 況	氏名	性別 男・女	生年月日 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)：				
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 回 / 月			
	居宅サービスの <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 回 / 月			
	利用状況等 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (該当項目に☑し <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション)	<input type="checkbox"/> 回 / 月			
利用回数を記入 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 回 / 月				
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 回 / 月				
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 回 / 月				
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている	入院日： 入院前の居所： 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	氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日	年齢 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	<p>あなたの心身に障害や疾病などの問題がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>問題があるため介護困難 ■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。</p> <p><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)</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>問題はない 要介護1・2・3・4・5</p>
	<p>本人以外で家族に育児や看病の必要な方はいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>常時、育児または看病が必要な方がいる</p> <p><input type="checkbox"/>半日程度の育児または看病が必要な方がいる</p> <p><input type="checkbox"/>時々、育児または看病が必要な方がいる</p> <p><input type="checkbox"/>いない</p>
	<p>あなた以外に介護に関われる方(家族等)はいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いるが、本人の介護は困難</p> <p><input type="checkbox"/>いるが、本人の介護は多少可能</p> <p><input type="checkbox"/>いるが、本人の介護は十分可能</p> <p><input type="checkbox"/>いない</p> <p>■いる、を選択した方は以下の質問にもお答えください。</p>
	<p>介護協力者についてお伺いします。</p> <p><input type="checkbox"/>同居の介護協力者がいる ■頻度</p> <p><input type="checkbox"/>別居の血縁介護協力者がいる <input type="checkbox"/>常時</p> <p><input type="checkbox"/>近隣者等血縁者以外の介護協力者がいる <input type="checkbox"/>随時</p>
同 意 欄	<p>あなたは就労していますか？</p> <p><input type="checkbox"/>1日に8時間以上就労している</p> <p><input type="checkbox"/>1日に4時間以上就労している</p> <p><input type="checkbox"/>1日に4時間未満就労している</p> <p><input type="checkbox"/>不定期である</p> <p><input type="checkbox"/>就労していない</p>
	<p>特別養護老人ホームあざみ苑 施設長 殿</p> <p>貴施設に入所を希望するため、申し込みます。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(申込者) 住 所</p> <p>氏 名 印 続柄</p>

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"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できるときもある <input type="checkbox"/> 全くできない		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取れない	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 全く話せない		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 人や物の動きがわかる	<input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 全く見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 耳元で大声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる <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 寝返り動作	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <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"/> 介助があれば立てる	<input type="checkbox"/> 手すりにつかまればできる <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、刈払機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"/> 車椅子に座っていることが多い	<input type="checkbox"/> 家の中なら歩く等の移動ができる <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"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすれば食べられる <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"/> 飲み込みが悪い(のどにつかえることが多い)	<input type="checkbox"/> 時々のだにつかえる <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"/> 全てに介助が必要	<input type="checkbox"/> 一部介助すればできる <input type="checkbox"/> トイレでの排泄はできない	<input type="checkbox"/> 後始末ができない	
	パンツ・オムツ等	<input type="checkbox"/> 布パンツのみ <input type="checkbox"/> リハビリパンツにパットを使用	<input type="checkbox"/> 布パンツにパット使用 <input type="checkbox"/> オムツ(常時 ・ 夜間のみ)	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	
	入浴	<input type="checkbox"/> 湯船に入れる <input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> シャワー浴(施設入浴) <input type="checkbox"/> 見守りがあればできる	<input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	
	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"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <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"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる <input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	
	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"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすればできる <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。