

特別養護老人ホーム こうの 入居申込書

施設長 殿

申込日 平成 年 月 日 (曜日)

受付担当者

申込者	ふりがな 氏名	備考(施設が記入)
	住所	
	電話	
	続柄	

入居を希望する人、及び、その状況について

ふりがな 氏名	男	保険者	□南越前町 □その他()					
	女	介護保険番号						
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日(歳)	要介護度	1	2	3	4	5	
住所		認定期間	年 月 ~ 年 月					
在宅状況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす							
家族等の 状況	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先	備考(同/別)		
主な介護者(氏名) <困っている事>								
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国民年金 厚生年金 共済組合 その他)		1ヶ月					円
	<input type="checkbox"/> 生活保護		1ヶ月					円
	<input type="checkbox"/> 仕送り その他		1ヶ月					円
	<input type="checkbox"/> 負担限度額 第1段階 第2段階 第3段階 第4段階							
待機場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設入居							
	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名) (年 月から現在まで)							

ケアマネジャー及び居宅介護支援事業所

担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所
	事業所名
	TEL:

(入居申込書 添付)

①入居対象者

生活動作	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可
		食事形態	主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
			副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 荒キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
		食事制限	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> その他()
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる トロミ剤の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	その他		
	排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
			失敗: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
			失敗: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パット(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)
	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他()	
	その他		
	入浴	方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴
		洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		洗髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		拒否	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある
		回数	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に2~3回 <input type="checkbox"/> 週に1回
		その他	
	動作等	方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器(<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定)
			<input type="checkbox"/> 車いす(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
			ふらつき: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
立位		<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可	
座位		<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可	
寝返り		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可	
外出		<input type="checkbox"/> よくする <input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり	
その他			
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
		病名:	
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない	
	意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない	
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他)	
睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
その他 特記事項(拘縮など)			

②認知症状

認知症	1、 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	2、コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 通じる	<input type="checkbox"/> 時々通じる	<input type="checkbox"/> 通じない
	3、日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
	4、その他			
症状	1.ものを盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	2.作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	3.実際にはないものが見えたり、聞こえることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	4.泣いたり、おこったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	5.夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	6.暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	7.しつこく同じ話をしたり、不快な音をたてることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	8.大声をだすことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	9.助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	10.目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	11.「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	12.外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなるこ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	13.1人で外に出たがり目を離せないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	14.いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	16.ものや衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	17.不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	18.食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	19.意味もなく独り言や独り笑いをすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)
	20.話しがまとまらず、会話にならない事が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(頻度	回/月)

自立度	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

・わかる範囲で記入して下さい。

・入居希望者の方の情報を、ケアマネージャー・病院等に確認させて頂くことがありますのでご了承ください。