

特別養護老人ホーム入所申込書

入所希望者状況確認票表

ふりがな		性別
入所希望者氏名		男 ・ 女

本人の状況	
治療中の病気等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名: )
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名: 医師名: )
これまでに かかった病気	いつ頃 病名
	年月頃 年月頃
	年月頃 年月頃
身体等の 状況	視力 1. 普通 2. やや悪い 3. ぼんやりと見える 4. 全く見えない
	聴力 1. 普通 2. 大きな声なら聞こえる 3. 全く聞こえない 補聴器 (有・無)
	言語 1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 単語に限られる 4. 全く話せない
	記憶 1. 普通 2. 年齢相応 2. 時々物忘れがある 3. すぐに忘れる
	意思疎通 1. 通じる 2. ある程度通じる 3. 時々通じる 4. 通じない
	麻痺 1. なし 2. あり (右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 )
	拘縮 1. なし 3. あり (肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・手指)
	喫煙 1. しない 2. する (1日 本程度)
	飲酒 1. しない 2. する (頻度 週 日程度)
	体型 身長 cm 体重 kg
	起居 1. 1人で起きられる 2. 掴まれば起きられる 3. 介助があれば起きられる 4. ほとんど寝たきり
移乗 1. 1人で移れる 2. 見守り・声かけがあればできる 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要	
移動	1. 歩行できる (何も使わず・這って歩く・伝い歩き・手引き・杖・シルバーカー・歩行器)
	2. 歩行できない (車いす・リクライニング車いす・ストレッチャー)
	1. 1人で出来る 2. 見守り・声かけがあれば出来る 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要
食事	1. 自分で食べる 2. 用意が必要 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要 5. 経口摂取できない
	①主食 (お米・おかゆ・ペースト) ②おかず (普通・一口大・細かく刻む・ペースト) ③むせ込み (無・有)
義歯	1. なし 2. あり (総入れ歯・部分入れ歯・入れ歯あるが使っていない)
更衣	1. 1人でできる 2. 声かけ・見守りがあればできる 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要
入浴	1. 1人でできる 2. 声かけ・見守りがあればできる 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要
	入浴方法 (家庭浴槽・車いす浴槽・ストレッチャー浴槽・シャワー浴・清拭のみ)
排せつ	1. 1人でできる 2. 見守り・声かけがあればできる 3. 一部介助が必要 4. 全面的に介助が必要
	①日中 (布パンツ・リハビリパンツ・おむつ・尿取りパット) ②夜間 (布パンツ・リハビリパンツ・おむつ・尿取りパット)
	③バルンカテーテル (無・有) ④ストマ (無・有)

医療行為	1. 経管栄養 (経鼻) 2. 胃ろう 3. インスリン 4. 気管切開 5. 喀痰吸引 6. 点滴 7. ストマ 8. バルンカテーテル留置 9. 床ずれ (箇所 ) 10. その他 ( )
認知症の症 状	1. 記憶障害 2. 見当識障害 3. 判断・理解力の障害 4. 実行機能障害
	1. 被害的 2. 作り話をする 3. 感情が不安定 4. 昼夜逆転 5. 同じ話をする 6. 大声を出す 7. 介護に抵抗 8. 落ち着きが無い 9. 1人で出たがる 10. いろいろな物を集める 11. 物を壊す 12. 独り言や独り笑い 13. 自分勝手に行動する 13. 話がまとまらない

家族の状況					
	氏名	生年月日	続柄	住所	職業
同居の 家族	本人	MTSH . . .	本人	/	
別居の 家族					
特記事項					
介護サービスについてのご希望					
現在の所在されている場所と今後について					
今後の予定について	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 決まっている (どこに: いつから: )				
現在いる所について	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	(名称: 担当者: )		いつから: )		
その前にいた場所は					
収入	年金 ( ) その他 ( ) 年額 約 万円				
障害手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神) ( ) 種 ( ) 級 障害名 ( )				