

入所申込書

お申し込み 令和 年 月 日	介護度	要支援 1, 2, 要介護 1, 2, 3, 4, 5,			
フリガナ ご利用者 氏名	男 女	M 生年月日 T 年 月 日 (歳) S			
〒 ご利用者住所	自宅TEL () - 携帯電話 - -				
申込者名(記入者) 印 (歳)	男 女	続柄 ()	専門連絡先(勤務先) -		
〒 申込者住所	自宅TEL () - 携帯電話 - -				
家族構成	<input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 左記以外の世帯				
□一〇	氏名	続柄	年齢	連絡先(電話番号)	生活状況
					同居・別居
介護者の有無	<input type="checkbox"/> 主たる介護者以外に協力者あり <input type="checkbox"/> 介護者は1人のみ <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
介護者の年齢	<input type="checkbox"/> 60歳未満 <input type="checkbox"/> 60歳~74歳 <input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
要介護者との関係	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> 最低限の関りのみ <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
【現況】 現在利用のサービス 現在の住居	①自宅で生活(独居・高齢者世帯・家族同居) 利用サービス名(デイ・デイケア・ショート・訪問) 回/週 ②入院、入所中の方は病院・施設名 いつから 年 月 日から				
相談窓口・紹介事業所	(居宅介護支援事業所) (ケアマネージャー名)				
主治医	(病院名) (医師名)				
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他()				
介護保険者証(記載内容)	被保険者番号:		保険者(市町村):		
	【認定年月日】		【有効期限】		
	平成 年 月 日		平成 年 月 日~ 年 月 日		
収入状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 他() 約¥ / ヶ月				
支払い方法(予定)	<input type="checkbox"/> ご本人様年金 <input type="checkbox"/> ご本人様預金 <input type="checkbox"/> 配偶者年金 <input type="checkbox"/> ご家族負担				
入所希望動機(複数可)	<input type="checkbox"/> 介護者の限界のため <input type="checkbox"/> 在宅(環境)では限界のため <input type="checkbox"/> 現在の入所施設より退所を促されたため <input type="checkbox"/> 入院医療機関より退院を促されたため				
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 日頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 急いではないが今後のために申込用紙に記入				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみの申し込み <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる/申し込む予定(施設名)				
【備考欄】					

項目	基本情報(様)								
好きな事	楽しかった事、好きな物								
食事	経管栄養	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 鼻注	<input type="checkbox"/> 胃ろう	1日回数 () () cal	白湯 () cc			
	主食状態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 粥食	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	副食形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 極刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> トロミ	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	摂取状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	嚥下状況	ムセこみ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	咀嚼: <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱	嚥下: <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱	
	嗜好	好:	好きな物	嫌いな物					
	特記事項								
排泄	状況	<input type="checkbox"/> トイレ (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 誘導・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助)							
		<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ パット (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)							
		<input type="checkbox"/> ポータブル (<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 誘導・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助)							
		<input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 昼・ <input type="checkbox"/> 夜) パット <input type="checkbox"/> 有							
		<input type="checkbox"/> 尿意 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 便意 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)							
		<input type="checkbox"/> バルーン							
入浴	入浴種別	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 椅子浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 (寝台) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭							
	洗身洗髪	<input type="checkbox"/> 自律 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	入浴に関する特記事項								
歩行等状態	歩行等状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 手すり歩行 (つたい歩き) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行不可 <input type="checkbox"/> 寝たきり							
	特記事項								
移乗	車いす	<input type="checkbox"/> 車いす使用 (<input type="checkbox"/> 自走型・ <input type="checkbox"/> 介助型) <input type="checkbox"/> リクライニング型車いす使用 自走: (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不)							
	移乗状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 全介助 体位交換 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) 頻度 (時間毎)							
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> つかまればできる 介助 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない							
	端座位保持	<input type="checkbox"/> できる 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 支えればできる 介助 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない							
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる 見守り (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> つかまればできる 介助 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない							
口腔	自歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本)							
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (口上下・口上・口下・口部分)							
	歯みがき	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 うがい: (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不)							
	喀痰	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない							
その他	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 動作協力(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 全介助							
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠気味 (眠剤: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 痢瘍: (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)							
	特記事項								
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない (眼鏡使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 眼治療(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)							
	聽力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)							
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい 構音障害 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 発語 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ほとんど無 <input type="checkbox"/> 無)							
	性格	<input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 賑やかな方が好き <input type="checkbox"/> お話好き <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 静かな方が好き <input type="checkbox"/> 無口							
	伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 伝えられない ナースコール: (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不)							
	問題行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 異食							
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 補足)							
(既往・現病)歴	病名	<input type="checkbox"/> 肝硬変							
		<input type="checkbox"/> 肝炎							
		<input type="checkbox"/> 糖尿病							
服薬	種類:								
リハビリ (機能訓練)	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している		内容:	<input type="checkbox"/> 歩行訓練		<input type="checkbox"/> 起立訓練			
	頻度: () 回/日 () 回/W								
認知症について	認知症状: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()								
	「ある」方: いつ頃から ()								
	「ある」方: 症状								
	服薬: <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> アリセプト)								

自宅での生活状況
(1日の流れ、本人の趣味、嗜好)

本人の性格

現在困っている事