

## 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)		男 女	続柄	昼間連絡先 (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			
□-○		氏 名	続柄	年齢	連 絡 先(電話番号)
		生活状況			
		同居・別居			
		同居・別居			
		同居・別居			
		同居・別居			
介護者 等の状 況	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) 〃 市役所・インターネット で調べて			
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】 平成 年 月 日 【有効期限】 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"/> 当施設のための申し込み <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: <input type="checkbox"/> 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 吸引: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
	嗜好: 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
	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	<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( <input type="checkbox"/> 上下・ <input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下・ <input type="checkbox"/> 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
更 衣	動 作: <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
その他	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) 褥瘡:( <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)
	聴 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**