

特別養護老人ホーム 愛全園 利用申込書兼調査書 (□新規 □変更)

記入例

特別養護老人ホーム愛全園の利用を申し込まれた全ての方に、申込書をご記入いただいております。ご協力をお願いします。この申込書の内容を基に利用して頂く優先度を決めております。

申込者(連絡先) 申込日 令和 ○年 ○月 ○日

申込書記入者	氏名	愛○ 口郎	本人との関係	長男	電話	○△(○○)△△△△
入所調整の際の連絡先	氏名	愛○ 昭口	本人との関係	長男の○	電話①	×××(×××)××××
	住所	〒196-00×× 昭島市○△町7-173			電話②	○△(○○)△△△△
施設からの連絡が付きやすい曜日や時間帯など 曜日 月・木・日 時間帯 午前9時頃 ~ 午後1時頃						

利用希望者

ふりがな	あいまる まどこ			男・女	生年月日	大昭平	○年 △月 ◇日	○○歳		
氏名	愛○ ○子			女						
住所	〒196-00△△			昭島市□□町2-25-3						
介護保険被保険者番号	0	0	0	△	△	△	△	△	介護保険負担割合	△割
要介護度	□3	☑4	□5	介護保険負担限度額申請			未・済 ○ 段階			
認知症高齢者日常生活自立度	□自立 □I □II □III □IV □M			ご不明な場合はケアマネージャーにお尋ねください						

現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	病院・施設名(施設入所)				利用開始日			
	住所				担当SW			
	○島病院				○年 ○月			
	昭島市□◇町1-1-1				昭○和○子			

ケアプランについて	ケアプランは	<input checked="" type="checkbox"/> 作っている	<input type="checkbox"/> 作っていない
	相談できるケアマネージャーは	<input checked="" type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
	ケアマネージャーの氏名	事業所名 居宅介護支援センター○○○	
	中口 神○	電話 ××× (△△△) ◎◎◎◎	

利用を希望する理由について	<input checked="" type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している 具体的に []		
時期について	<input checked="" type="checkbox"/> すぐに利用したい <input type="checkbox"/> 声がかかったら考えたい <input type="checkbox"/> 今はまだ考えていない <input type="checkbox"/> (理由) 年 月 日までに利用したい ()		

現在の生活状況特養入所希望の理由など	
--------------------	--

裏面もご記入ください。

利用希望者の状況

生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子（自走：可・不可） <input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子	[介助状況] <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 []	
	起居動作	※寝具 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 敷布団 <input type="checkbox"/> その他（ ） [寝返り] <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [協力動作] <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [自発性] <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [起き上がり] <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [協力動作] <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [自発性] <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [立ち上がり] <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [協力動作] <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [自発性] <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	食事	[主食] <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 [副食] <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 噛ミ <input type="checkbox"/> ミキサー [食事摂取] <input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> ムラあり [嚥下] <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 困難	[介助状況] <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 []	
	排泄	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット	[介助状況] <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 []	
	入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> ボード浴 <input type="checkbox"/> 椅子浴 <input type="checkbox"/> 機械（寝台）浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	[介助状況] <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 []	
	整容	[洗面] <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [口腔ケア] <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [義歯] <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
心身状況	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない ◎眼鏡（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）	身長	cm
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない ◎補聴器（ <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし）	体重	Kg
	意思伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 困難 [伝達手段] <input checked="" type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	理解力	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> 分からない		
	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的		
	精神状態	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定（ <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 攻撃 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> その他（ ））		
	行動意欲	[レクリエーションへの参加] <input type="checkbox"/> 積極的 <input checked="" type="checkbox"/> 促せば参加 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 [リハビリへの参加] <input type="checkbox"/> 積極的 <input checked="" type="checkbox"/> 促せば参加 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 [音楽活動などへの参加] <input type="checkbox"/> 積極的 <input checked="" type="checkbox"/> 促せば参加 <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> その他 [コミュニケーション] <input type="checkbox"/> 積極的 <input checked="" type="checkbox"/> 促せば可 <input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> その他		

次頁もご記入ください。

医療・健康状況	現疾患	(例) ○○庄 △△病
	既往歴	(例)◎血、□□性×炎
	主治医	(記入例：○島病院 △△科 □◇先生)
	通院状況	(記入例：××か月に1回・××週間に1回)
	薬	※薬剤名をお書きください。別紙可
	特別な処置	
	麻痺	□あり (□右下肢 □左下肢 □右上肢 □左上肢) <input checked="" type="checkbox"/> なし
	拘縮	□あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし
睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良 □不良 (服薬： □なし □あり 薬名：) 就寝時間： 9 時頃 起床時間： 6 時頃	
その他該当するもの	認知症 <input checked="" type="checkbox"/> あり □ なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 □ 暴力行為 □ 不潔行為 □ 異食 □ 大声や奇声 □ その他 []	
その他特記すべき事項	※アレルギーなど	
本人の生活について	※複数回答可 □ 独居 <input checked="" type="checkbox"/> ご夫婦のみ (相手の年齢： ○○) □ 家族と同居 □ 介護する家族が近隣に居住 □ 介護者が家族以外にいる (状況：)	
主に介護している方について	本人との関係： (本人を介護するうえで困難なことがあれば記載してください。)	
介護における困りごと	(具体的に)	
お住まいについて	今のお住まいは □自宅 □自宅以外 () <u>自宅以外にお住まいの方は、自宅に戻ることが</u> <input checked="" type="checkbox"/> できる □ できない(理由：)	

介

住

※ 変更の届出について…要介護度や状態等が変わった場合は、本申込書を再度提出願います。
私は、貴施設の利用に関する方法や手続きについて説明を受け、次のことについて同意します。
*この申込書にある内容について保険者、入所先の施設やケアマネージャーから情報を収集すること。

特別養護老人ホーム 愛全園 施設長 殿
令和 ○年 ○月 ○日

施設利用希望者氏名 愛○ ○子