

入居申込書 (住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅)

申込先: 「あんじゅり」 「泉の里」 「愛香里」 「千歳緑」 申込日: 令和 年 月 日

申込者名 ㊟

ふりがな				性別	生 年 月 日+					
入居者名	㊟			男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 歳					
住 所	〒									
	TEL									
入居に関する連絡先	ふりかな									
	氏 名	続柄:								
	住 所	〒			自 宅 : 勤 務 先 : 携 帯 :					
同居家族	氏 名	続 柄	性別	年 齢	職 業	家族構成図				
現在の居住居	1 自宅 2 病院 (病院名:) 3 介護老人保健施設 (施設名:) 4 介護療養型医療施設 (施設名:) 5 その他 (具体的に:)									
介護保険関連情報	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中 (調査済み)									
	認定期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
	現利用の居宅介護支援事業所									
	担当ケアマネージャー						TEL	() -		
	在宅利用サービスの有無			有 ・ 無			デイサービス : /週 () デイケア : /週 () 訪問介護 : /週 () 訪問看護 : /週 () 訪問リハ : /週 ()			
医療情報	主な病歴 (発病時期・経過もご記入ください)				現在の疾病 (発病時期・経過もご記入ください)					
	内服薬:									

日常生活の状態についてあてはまるものを○で囲い必要事項をご記入ください。

食 事	主食	ご飯 お粥 おにぎり ミキサー	経管栄養		
	副食	家族と同じ 一口刻み 刻み ミキサー	種類	経鼻・胃ろう	カロリー／日
	間食	無 ・ 有 ()	朝食	カロリー + 湯	cc
	偏食	無 ・ 有 ()	昼食	カロリー + 湯	cc
	量	多い 普通 少ない	夕食	カロリー + 湯	cc
	摂取状況	自分で食べる (はし・スプーン・フォーク) 一部介助 全面介助			
	歯の状況	自分の歯 部分入れ歯 (上 下) 総入れ歯 顎のみ			
アレルギー		食べ物: 無 ・ 有 () 薬物: 無 ・ 有 ()			
排 泄	排 尿	自分で出来る 一部介助 全面介助 トイレ (昼 ・ 夜) ポータブルトイレ (昼 ・ 夜) 尿器 (昼 ・ 夜) カテーテル (F) おむつ (昼 ・ 夜) リハビリパンツ (昼 ・ 夜) 安心パット 尿意 (有 ・ 無)			
	排 便	自分で出来る 一部介助 全面介助 排便状況 (回 / 日) トイレ ポータブルトイレ 便意 (有 ・ 無) 便秘 (有 ・ 無) 下剤 (無 ・ 有 : 種類) 浣腸 (無 ・ 有)			
寝返り		出来る 何かにつかまれば出来る 出来ない			
立ち上がり		一人で出来る 何かにつかまれば出来る 出来ない			
立 位		出来る 見守り 介助が必要 出来ない			
歩 行		出来る 見守り 介助が必要 (杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー) 使用 出来ない			
座 位		つかまらないで出来る 背もたれ必要 出来ない 寝たきり			
着替え		一人で出来る 見守り指示介助が必要 出来ない			
整 容 (洗顔・歯磨き等)		一人で出来る 見守り指示介助が必要 出来ない			
車椅子		自分で動かせる 出来ない 使ったことがない			
会 話		意思を伝えられる 意思を伝えられない			
認知症		無 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ わからない 徘徊 (有 ・ 無) 適応障害 ()			

身体機能についてあてはまるものに○をつけてください。

全く動けない 麻痺 (左 右 下半身) 難聴 (左 ・ 右) 言語障害 嚥下障害 (飲み込みが悪い)
その他障害 ()

精神状況についてあてはまるものに○をつけてください。

夜眠れない	物を壊す	ベッドから転落する	大声を出したり、奇声をあげる
同じことをいう	時間と場面の勘違い	よく転倒することがある	実在しないものが見え、声が聞こえる
作り話をする	意思の疎通が図れない	食品以外のものを食べる	歩き (はい) まわる 外へ出たがる
物忘れが多い	うつ状態である	自分の体を傷つける	人から世話をされることを嫌う
興奮しやすい	便などをこねてしまう	物を集める	わざと介護者を困らせる
怒鳴る 暴力をふるう	トイレ以外で放尿する	歩き (はい) まわる	不安が強く、人を呼ぶことが多い

現在お困りのことがございましたらお書きください。