

特別養護老人ホームやすらぎの里入所申込書

入所希望者 平成 年 月 日

ふりがな		要介護度	1・2・3・4・5
氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
認定有効期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
現住所	〒 電話番号 ()		

身元引受人(連絡先)

氏名		入所希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ()		

申 込 理 由	該当する理由に印をつけてください。(複数選択可)
	<input type="checkbox"/> 1、施設入所により安心した生活を送りたい <input type="checkbox"/> 2、寝たきりなどにより、食事・排泄・入浴等日常生活全般に介護が必要 <input type="checkbox"/> 3、認知症などにより常時の見守り、介護が必要 <input type="checkbox"/> 4、施設や病院より退所を求められているが、自宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 5、介護者がいない、介護者が入院等で介護ができない <input type="checkbox"/> 6、介護者が、高齢・疾病・育児・就労・別居等のため介護が困難 <input type="checkbox"/> 7、利用したい在宅サービスが十分でない <input type="checkbox"/> 8、その他の理由 []

入所希望者の現況

現況	独居・高齢者世帯・家族同居 (自宅の築年数 年)		
主たる介護者	年齢	歳	続柄
居宅介護支援事業所	ケアマネージャー名		

入所希望者の身体状況

食 事	主食) ご飯・かゆ・ミキサー 副食) 普通・刻み・超刻み・ミキサー	介助	自立・一部介助・全介助
移 動	歩行・杖・歩行器・車イス・シルバーカー	介助	自立・一部介助・全介助
排 泄	トイレ・ポータブル・紙パンツ・オムツ その他 ()	介助	自立・一部介助・全介助
着替え・身だしなみ		介助	自立・一部介助・全介助

健康状態

現疾患			
病歴			
医療処置	経管栄養・胃ろう・人工肛門・インシュリン・透析・在宅酸素・その他 ()		
感染症	無・有 ()	アレルギー	無・有 ()
麻痺	無・有 ()	拘縮	無・有 ()
床ずれ	無・有 ()	飲み込み	異常なし・時々むせる・むせる

◎行動について、あてはまるものにチェックをして下さい

ア	物を取られたなどと被害的になることが	ない	・	ときどきある	・	ある
イ	作話をし周囲に言いふらすことが	ない	・	ときどきある	・	ある
ウ	実際にはないものが見えたり、聞こえることが	ない	・	ときどきある	・	ある
エ	泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	ない	・	ときどきある	・	ある
オ	夜間不眠あるいは昼夜逆転が	ない	・	ときどきある	・	ある
カ	暴言や暴力が	ない	・	ときどきある	・	ある
キ	しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	ない	・	ときどきある	・	ある
ク	助言や介護に抵抗することが	ない	・	ときどきある	・	ある
ケ	目的もなく動き回ることが	ない	・	ときどきある	・	ある
コ	「家に帰る」などと言い落ち着きがないことが	ない	・	ときどきある	・	ある
サ	外出すると家などに戻れないことが	ない	・	ときどきある	・	ある
シ	1人で外に出たがり目が離せないことが	ない	・	ときどきある	・	ある
ス	いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	ない	・	ときどきある	・	ある
セ	物や衣類を壊したり、破いたりすることが	ない	・	ときどきある	・	ある
ソ	不潔な行為を行なうことが	ない	・	ときどきある	・	ある
タ	食べられないものを口にすることが	ない	・	ときどきある	・	ある
チ	ひどい物忘れ	ない	・	ときどきある	・	ある

日常生活自立度	障害高齢者	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

その他の特記事項・悩みごと・困りごとがありましたらご記入ください

--

事務処理欄	
受付方法	来所・郵便・FAX
整理番号	

施設長	相談員	医務	介護	事務