

特別養護老人ホーム・あいせいの杜利用申込書

記入日：平成 年 月 日

受付者 ※当方で記入いたします

受付日 ※当方で記入いたします

平成 年 月 日

■申込者は今後の施設からの連絡先になります

申込者	住所	〒 - 市・町 村		
	ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日
	氏名	Ⓜ 続柄		
	勤務先		電話番号	自宅 携帯 勤務先

申込施設	入所	ショートステイ	申込予定の(或いは既にしている)他施設
希望時期	1.順番が来たら入りたい 2.今は未だ入居しなくて良い 3.なるべく早く入所したい		
申込理由	1.自宅の生活が困難(一人暮らし・介護者が困難・その他) 2.施設・医療機関からの退所・退院のため 3.その他( )		

入居希望者・家族の状況	ふりがな		性別		住民票所在地(保険者)		
	氏名						
	現住所	〒 - 市・町 村					
	※現住所と住民票が異なる場合		〒 -				
	介護保険等情報	要介護認定	要介護	生年月日	大・昭 年 月 日 歳		
		被保険者番号		認定期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日		
		負担限度	段階 <input type="checkbox"/> 未申請	日常生活自立度		認知度自立度	
	負担割合		<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	担当ケアマネージャー			
	収入	本人	<input type="checkbox"/> 収入あり	・年金の種類( )・年額( )万円			
			<input type="checkbox"/> なし	・年金以外(家賃等)の収入 有・無し ・年額( )万円			
		配偶者	<input type="checkbox"/> 収入あり	・年金の種類( )・年額( )万円			
	<input type="checkbox"/> なし		・年金以外(家賃等)の収入 有・無し ・年額( )万円				
同居家族		●本人と(同一世帯・別世帯) ●収入は(課税・非課税) ●本人を(扶養している・していない)					
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> その他( )				
	障害名		判定				
家族構成 生年月日 ※申込者以外の連絡先	氏名	続柄	生年月日	住所	連絡先		

介護の状況

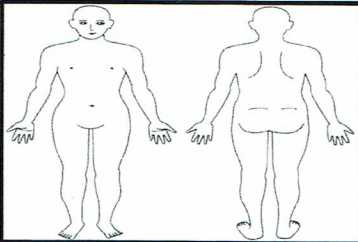
- 介助者がいない(現在介護にあたっている人がいない)
- 介助者が入院・入所中あるいは遠方にしかいない
- 介助者はいるが、介護認定を受けている・病気療養中・障がい等のため、十分な介護ができない
- 介助者はいるが、就労や育児、他の人の介護などのため十分な介護ができない
- 介助者がおり日常的に介護にあたっているものの、疲労負担感が大きい
- 介助者がおり日常的に介護できている

認知症の症状・行動について

① 被害妄想	物をとられた等の被害的な行動がある	毎日	月数回	ない
② 作り話	事実でない話をあつたかのように話す	毎日	月数回	ない
③ 感情が不安定	急に怒ったり、泣いたり感情が不安定になる	毎日	月数回	ない
④ 昼夜逆転	昼と夜が逆転し、日中眠気があり、活動ができない	毎日	月数回	ない
⑤ 同じ話しをする	しつこく同じ話しをする	毎日	月数回	ない
⑥ 大声で話す	周囲に迷惑になるような大きな声を出す	毎日	月数回	ない
⑦ 介護に抵抗	必要なお手伝いを受けることを嫌がる	毎日	月数回	ない
⑧ 落ち着きがない	「家に帰る」等言い、落ち着きのない行動をとる	毎日	月数回	ない
⑨ 1人で出たがる	1人で外に出たがり、目が離せない	毎日	月数回	ない
⑩ 収集癖	人の物でも勝手に自分の手元に集めてしまう	毎日	月数回	ない
⑪ 物や衣類を壊す	物を壊したり、衣類を破いたりする	毎日	月数回	ない
⑫ ひどい物忘れがある	物忘れにより、何らかの行動が起こっている	毎日	月数回	ない
⑬ 意味もなく独り言・笑う	場面に関係なく、独り言・ひとり笑いをする	毎日	月数回	ない
⑭ 自分勝手に行動する	周囲の状況に合わない自分勝手な行動をとる	毎日	月数回	ない
⑮ 話しがまとまらず会話にならない	話題をコロコロ変える、無関係な話を続ける	毎日	月数回	ない
⑯ 常時の徘徊	目的がはっきりせずウロウロと動き回る	毎日	月数回	ない
⑰ 外出しても戻れない	自宅・部屋から出ると自分では戻れない	毎日	月数回	ない
⑱ 幻視幻聴	実際にはない物が見える、聞こえることがある	毎日	月数回	ない
⑲ 暴言暴行	荒い言葉や手をあげたり、蹴ろうとしたりすることがある	毎日	月数回	ない
⑳ 火の不始末	鍋を焦がしたり、ストーブの火の調節ができない	毎日	月数回	ない
㉑ 不潔行為	便をいじったり、便器の水をいじる	毎日	月数回	ない
㉒ 異食行為	食べられない物を食べたり、食べようとする	毎日	月数回	ない
㉓ 危険な行為をする	信号無視、車を見ないで道路を渡る、線路を歩く等	毎日	月数回	ない
㉔ 周囲が戸惑う行動をする	外で排泄をする、外で火を使う、万引きをする	毎日	月数回	ない

認知症特記

現在の生活状況	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅(・単身 ・夫婦 ・子と同居) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他( )			
		施設・病院名	入居・入院日	年 月 日	
	住環境等生活特記				
	利用中の在宅サービス ※直近1ヶ月の利用内容	サービス内容	利用頻度	事業所名	
			週/月 回		
		週/月 回			
		週/月 回			

医療の状況	認知症・精神疾患の既往履歴	医療機関・診療科・担当医	診断年月	経過
	①		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	②		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	他疾患の既往履歴	医療機関・診療科・担当医	診断年月	経過
	①		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	②		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	③		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	④		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	⑤		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
	骨折の既往	<input type="checkbox"/> 有(部位・内容)    年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 無		
感染症の既往	<input type="checkbox"/> 有(内容)    年 月 日頃) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
必要な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 特記その他( )			
医療特記	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 70%;"></div>  </div>			

身体・介護の状況	食事	食べ方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(むせ=有・無) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全て介助		
		形態	<input checked="" type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input checked="" type="checkbox"/> 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input checked="" type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ		
	排泄	行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ見守り <input type="checkbox"/> トイレ一部介助 <input type="checkbox"/> トイレで全介助 <input type="checkbox"/> ベッドで全介助 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 浣腸		
		使用品	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 尿とりパット <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(終日・夜間)		
		尿便意	(尿) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない    (便) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立(浴槽出入・洗髪・洗体) <input type="checkbox"/> 見守り( ) <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全て介助( )			
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立(上衣・下衣) <input type="checkbox"/> 見守り( ) <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全て介助( )			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全て介助			
		機器	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 杖( ) <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす( ) <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	コミュニケーション	視・聴	<input checked="" type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 見えない <input checked="" type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 聞こえない		
発語		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 内容がちぐはぐ <input type="checkbox"/> 言葉が出づらい <input type="checkbox"/> 言葉が出ない			
理解		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 概ね理解できる <input type="checkbox"/> その時のみ理解できる <input type="checkbox"/> 理解の確認できない			

身体・介護特記				
---------	--	--	--	--

年頃	出生地: _____ 職業: _____	
----	----------------------	--

●生活習慣や趣味・嗜好など

家族関係図の表示

- 本人男性       本人女性
- 男性       女性
- 死亡       女性
- 同一世帯は  で囲む

記入日: 平成 年 月 日

■履歴(当方で記入します)

確認日・記入者	要介護認定	有効期間	生活場所	特記事項
初回: H 年 月 日		H . . . ~ . .		
記入者				
回: H 年 月 日		H . . . ~ . .		
記入者				
回: H 年 月 日		H . . . ~ . .		
記入者				
回: H 年 月 日		H . . . ~ . .		
記入者				
回: H 年 月 日		H . . . ~ . .		
記入者				