

# 利 用 申 込 書

平成 年 月 日

箱根老人ホーム 様

申込者住所 〒

電話 ( )

FAX

携帯

ふりがな

氏名

利用者との続柄又は関係 ( )

次のとおり、サービスを利用したいので申し込みます。

利 用 者	住 所	〒
	ふりがな	電話 ( )
	氏 名	( 男・女 )
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
*申込者と同じ場 合不要	連 絡 先	〒
		ふりがな
		氏名
		電話 ( ) 携帯
利用サービス		長 期 入 所

説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏名 続柄( )
-------	---

(お願い) 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡して下さい。

受付日	取扱者氏名	登載番号	担当
年 月 日			



身体状況	麻痺有	<input type="checkbox"/> 上肢 (左・右)	<input type="checkbox"/> 下肢 (左・右)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 人や物の動きがわかる程度	<input type="checkbox"/> まったく見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大声で聞こえる	<input type="checkbox"/> 耳元で大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聴き取りにくい	<input type="checkbox"/> 聴き取れない <input type="checkbox"/> 声が出ない	
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 ⇒ ( <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ ) <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部介助する <input type="checkbox"/> その他 ⇒ ( <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう )			
	食事形態	主食＝・常食・お粥・ミキサー・その他 ( ) 副食＝・常食・キザミ・ソフト・ゼリー・ミキサー ・その他 ( )			
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤使用			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車イス⇒ (自走・介助) <input type="checkbox"/> 寝たきり			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 失禁⇒ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> ときどきあり <input type="checkbox"/> いつもあり 日中＝・トイレ・ポータブルトイレ・尿取りパット・オムツ ・カテーテル・その他			
		夜間＝・トイレ・ポータブルトイレ・尿取りパット・オムツ ・カテーテル・その他			
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部介助する <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> その他 ⇒ ( <input type="checkbox"/> デイサービス利用時のみ <input type="checkbox"/> 入浴サービス利用 )			
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 少し介助すると自分で着脱できる <input type="checkbox"/> ほとんど介助してもらう <input type="checkbox"/> 自分ではまったくできない			
	認知症(痴呆)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇨ 医師の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇨ (診断名: )			
	記憶障害	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 直前のことを忘れる <input type="checkbox"/> 最近の出来事を忘れることが多い <input type="checkbox"/> 自分の名前が分からない			
言葉の理解	<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない				
意志の疎通	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない				
認知症・精神の症状	認知症の主な症状 (自傷行為・せん妄・幻視・幻聴・被害妄想・感情の不安定 帰宅願望・徘徊・奇声・独語・摂食異常・不潔行為・攻撃的行為・夜間行動) その状況や頻度等を具体的に記載				
	*当てはまるものすべてに○をつけて具体的に記入				

認知症老人の日常生活自立度 *ご本人の認知症による日常生活の状態、正常～Mまでの内、あてはまるところに○をして下さい	<input type="checkbox"/> 自立	
	<input type="checkbox"/> I 何らかの認知を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している	
	<input type="checkbox"/> II 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	
	<input type="checkbox"/> IIa 家庭内で上記IIの状態が見られる	度々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
	<input type="checkbox"/> IIb 家庭外で上記IIの状態が見られる	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
	<input type="checkbox"/> III 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
	<input type="checkbox"/> IIIa 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	<input type="checkbox"/> IIIb 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	
	<input type="checkbox"/> IV 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	
<input type="checkbox"/> M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする		

親族・介護者等の状況 (該当する箇所に○をしてください)

単身の方について	<input type="checkbox"/> 利用者が住んでいる近隣に、介護する家族がいない
主な介護者について	<input type="checkbox"/> 介護者が要介護認定を受けている
	<input type="checkbox"/> 介護者に障害がある ⇒どのような状態ですか ( )
	<input type="checkbox"/> 介護者に介護上困難な慢性疾患がある (病名 )
	<input type="checkbox"/> 利用者の他に介護が必要な家族がいる
	⇒他に介護が必要な家族は <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている
	<input type="checkbox"/> 長期治療が必要な病気がある
	<input type="checkbox"/> 障害がある
<input type="checkbox"/> 主たる介護者が生計を支える為に就労をしなければならない	
<input type="checkbox"/> その他 (ex: 育児等 )	

入所希望者の意向(入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している。
	<input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している。
	<input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない。
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

他の特養への申込状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 申し込み施設数 _____ 施設 _____
------------	--

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> できるだけ早く入所したい
	<input type="checkbox"/> 6ヶ月～1年以内には入所したい
	<input type="checkbox"/> 在宅(今いる施設・病院)での生活が困難になったら入所したい
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

その他、利用者の日常の行動で困っていること、ご家族の希望・当ホームに望むことなどありましたらご自由にお書きください。

---



---



---



---



---

当施設が保管する入所申し込みに関する情報については、県または市町村から状況把握のために提示を求められることに同意します。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

申込者氏名 \_\_\_\_\_

# 健康診断書

受診者	住所	〒		電話	(    )
	氏名	( 男・女 )			
	生年月日	○・○・○	年	月	日 (    歳)
	症 状				所 見
結核性疾患					
血液検査	ワッセルマン反応 (    )				
肝炎検査	HB S抗原 (    ) 抗体 (    ) HCV抗体 (    )				
皮膚疾患	(褥瘡の有無及び程度を含む)				
血圧					
精神疾患と認知症の有無					
現症及び既往症					

上記の通り診断します。

平成    年    月    日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

(注) 現在診療中のものは、この診断書のほかに必要に応じ、主治医の意見書(様式自由)を添付してください。