

特別養護老人ホームみちみち 入所申込書(様式2)

入所希望者名 様

現在治療中の病気等			
病名	病院名	区分	いつ頃
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	

既往歴			
病名	病院名	区分	いつ頃
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	
		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	

入居希望者の収入状況		
種別	項目	金額
年金・恩給 等		
その他		

主治医	病院名:	医師名:
-----	------	------

日常生活動作	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人・物等の動きがわかる <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 不明 (眼鏡: <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元での大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 (補聴器: <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)					
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 話せない					
	日常動作	<input type="checkbox"/> 外出できる <input type="checkbox"/> 室内なら歩行できる <input type="checkbox"/> 起居動作ならできる <input type="checkbox"/> 寝たきり					
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用 <input type="checkbox"/> 介助にて歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> スプーン等を使用し自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可					
		食事の種類	(主食)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 五分粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー
			(副食)	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 極キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー
		(カロリー制限)	kcal				
	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 有るが使用していない)					
衣類着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示にて着脱を行う <input type="checkbox"/> ボタンかけ等に介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助						
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 背中等の洗身に一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴できない						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立(<input type="checkbox"/> 自宅トイレ <input type="checkbox"/> 簡易トイレ) <input type="checkbox"/> 移動・後始末・ズボンの上げ下げ等に介助 <input type="checkbox"/> オムツ使用(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 昼のみ <input type="checkbox"/> 夜のみ)						

医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 床ずれ(箇所) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

認知症状	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 奇声・大声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 食べられない物を口にする <input type="checkbox"/> その他()
------	--

その他、身体的 精神的状況について	
----------------------	--

入所希望者名

様

介護者の状況	主たる介護者 (あり・なし)	(ふりがな)		性別	本人との関係	
		氏名		男・女		
		生年月日	大・昭	年	月	日(歳)
	同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)			
	②主たる介護者が障害や疾病の状況にある。		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> なし			
	③主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある		<input type="checkbox"/> 常時の育児、看病が必要 <input type="checkbox"/> 半日育児、看病が必要 <input type="checkbox"/> 時々育児、看病が必要 <input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢世帯 <input type="checkbox"/> なし			
	④主たる介護者が複数の介護をしている		<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> なし			
	⑤主たる介護者の就労の状況		<input type="checkbox"/> 8時間以上 <input type="checkbox"/> 4時間以上8時間未満 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 高齢で就労不可 <input type="checkbox"/> 仕事をしていない			
	従たる介護者 (あり・なし)	(ふりがな)		性別	本人との関係	
		氏名		男・女		
生年月日		大・昭	年	月	日(歳)	
同居の区分		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所:)				
⑥従たる同居介護者の状況		<input type="checkbox"/> 従たる同居介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能				
⑦別居している血縁者による介護の可能性		<input type="checkbox"/> 別居している血縁者がいない <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護可能				
在宅介護期間		<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満(なし)				
認知症等による不応行動		<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> なし				

居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">考慮事情</p> <p>ア 認知症である者であって、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みられる</p> <p>イ 知的障害・精神障害を伴い、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等が頻繁にみられる</p> <p>ウ 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難と認められる</p> <p>エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分な状況であると認められる</p> </div>
説明確認	私は、優先入所申込みの際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏名: