

介護老人福祉施設 杜の園 入所申込者状況票

記入日
平成 年 月 日

被保険者番号		氏名	
記入者		本人との関係	

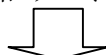
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ（相手の方の年齢 歳） <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる（どなたですか）		
入所希望者を主に介護している方について	介護している方は	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）年齢 歳	
		<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 難病等である（病名 ） <input type="checkbox"/> 障害がある（ 級・度） <input type="checkbox"/> 要介護1以上 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 働いている（週 時間） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護をしている <input type="checkbox"/> 育児中	
	介護している方の精神的負担	<input type="checkbox"/> 本人に対し思わず怒鳴ったり、暴力を振るったり、振るいそうになる <input type="checkbox"/> 本人に対し思わず無視したり、放置したり、放置したくなる <input type="checkbox"/> 本人に対し動かないように縛る、鍵をかけるなど、抑制することがある <input type="checkbox"/> その他（具体的に ）	
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は、 <input type="checkbox"/> いる（どなたですか） <input type="checkbox"/> いない		
お住まいについて	今のお住まいは、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（具体的に ） 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> 2階以上の建物でエレベーターがない <input type="checkbox"/> 介護専用の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 家屋が著しく老朽化（築20年以上）している <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている		
その他の特別な状況	<input type="checkbox"/> 老人保健施設を転々としているため、本人の生活が安定していない <input type="checkbox"/> 病院・有料老人ホーム等入所中で、経済的に問題がある <input type="checkbox"/> その他、入所を希望する事情がある 具体的に		
本人について	<input type="checkbox"/> 徘徊する <input type="checkbox"/> 奇声や大声をあげる <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> 被害妄想がある <input type="checkbox"/> 火の不始末がある <input type="checkbox"/> 食べ物以外の物を口の中に入れてしまう <input type="checkbox"/> 不快な性的行動がある <input type="checkbox"/> 感情不安定である <input type="checkbox"/> 放尿がある <input type="checkbox"/> 方便がある <input type="checkbox"/> 不潔行為がある <input type="checkbox"/> 介護に対して拒否的である <input type="checkbox"/> 収集したがる癖がある <input type="checkbox"/> その他介護する上で問題行動となる行動がある 具体的に		

次頁もご記入ください



本人の日常生活状況（○印を記入）	状 況	自分で可	一部介助	全介助	状 況	無	有	障害がある ____級・度  その他	
	歩 行				おむつ				
	トイレ				聴力障害				
	食 事				視力障害				
	入 浴				言語障害				
	衣服着脱				認知症				
特別な医療の状況（あてはまるものにレ印）	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 褥 瘡 <input type="checkbox"/> 疥 癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）								
病 歴	発病年月日		病 名			備 考			
	年	月	日						
	年	月	日						
	年	月	日						
	年	月	日						
	年	月	日						
医師による認知症の診断 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
介護保険サービス等の利用について	<input type="checkbox"/> 在宅でサービスを利用している <input type="checkbox"/> 施設に入所している 入所施設名 _____								
入所希望の時期について	<input type="checkbox"/> すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい <input type="checkbox"/> いずれ入所したいが、まだ在宅で生活したい <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）								
入所を希望している人は誰ですか	あてはまるものすべてを選んでください <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）								
家族構成	続柄	年齢	同居・別居	住 所			電 話		
本人収入	年金	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 老齢福祉 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 無年金 <input type="checkbox"/> 家族援助 <input type="checkbox"/> 生保					月 額 約 _____ 円		

次頁もご記入ください



担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）はいますか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない └─▶ 氏 名 _____ 事業所名 _____ 所在地 _____ 電 話 _____
主治医はどなたですか	氏 名 _____ 医療機関名 _____ 所在地 _____ 電 話 _____
(参考) 特別養護老人ホームへの入所申し込みについて	2か所以上の施設へ入所申し込みを <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない └──────────────────────────┘ ↓ 入所希望順位が <input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> あ 第1希望 ( _____ )    第2希望 ( _____ ) 第3希望 ( _____ )    第4希望 ( _____ )
その他特記すべき事項	