入所希望調査票

特別養護老人ホームおでんせ本宮

記入日　　年　　月　　日

記入者

入所希望者の状況	フリガナ		性別	男　・　女
	氏名		住民登録	市　・　町　・　村
	現住所	〒 電話番号		
	生年月日	□明治　□大正　□昭和　　年　　月　　日　（　　歳）		
	健康保険	種別	□国民健康保険　□社会保険　□後期高齢者医療　□その他	
	年金等	種別	□国民年金　□厚生年金　□遺族年金　□共済年金　□生活保護 その他（　　）	
		年金額	／　カ月	
	負担限度額認定証	□　有　（□第1段階　□第2段階　□第3段階）　□　無		
	障害者手帳等	□　有　□　無 手帳の種類＿＿＿＿＿＿（障害名　　） （判定　　級（度）　　年　　月　　日）		
	介護保険	□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5 認定期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		

生活歴（出身・職歴等）	

家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号

身体の状況	食事	□ 自 立　□ 一部介助　□ 全介助	食事制限	□ 有（　　）□ 無
	摂取	（食事の種類）主食 ： □常食　□粥　□ミキサー 副食 ： □常食　□きざみ　□ミキサー		
	排泄	□ 自 立　□ 一部介助　□ 全介助　特記事項（　　） □ トイレ　□ ポータブルトイレ　□ オムツ　□ リハビリパンツ　□ パット		
	入浴	□ 自 立　□ 一部介助　□ 全介助　特記事項（　　）		
	更衣	□ 自 立　□ 一部介助　□ 全介助　特記事項（　　）		
	移動	□ 自 立　□ 一部介助　□ 全介助　特記事項（　　） □杖歩行　□車椅子（操作：□自立　□介助　移乗：□自立　□介助）□寝たきり		
	視力	□普通　□やや悪い　□ 人の動きがわかる程度		
	聴力	□普通　□やや悪い　□ 大声が聞き取れる		
	言語	□普通　□不明瞭　□ 聞き取れない		
認知症について	□ 認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している。 □ 認知症による日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 □ 認知症による日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 □ 認知症による日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 □ 認知症による著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。 （自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載。）			
医療的処置	□ カテーテル　□ ストマ（人工肛門）　□ 経管栄養 □ 酸素療法　□ インシュリン注射　□ 疼痛看護 □ その他（ （現在治療中の病気）			
	病 名	入院・通院病院	期間	
			年　月～	
			年　月～	
			年　月～	
	（既往歴）			
	病 名	入院・通院病院	期間	
			年　月～	
			年　月～	
			年　月～	
			年　月～	

入所希望者の状況	現在利用している居宅サービスについて	□ 訪問系サービス　（週　　回） □ 通所系サービス　（週　　回） □ 短期入所サービス（月　　日間） □ その他居宅サービス（　　） □ 居宅サービスを利用していない 理由：　□入院中　□施設入所中　□その他（　　）
家族や住居等の状況	入所を希望する理由	□ 身寄りがないなど介護する者がいない □ 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない。 □ 介護する者が、要介護状態・病気治療中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 □ 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 □ 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 □ 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 □ 介護する者の身体的・精神的負担が大きい □ 車椅子を使用しているが、居宅の廊下等の構造が適していないため介護が困難 □ 居宅の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 □ 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所（退院）を求められているが、在宅での介護が困難 □ 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが在宅での介護が困難 □ その他（　　）
備考	この入所申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合は、その状況について記入。	

<u>※留意事項</u>

入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、この入所申込書に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。