

- 桜木園
- おおみなと園
- いこいの里

入居希望者 心身状況調書

※提出の際は必ず介護保険証のコピーを添えて下さい
(当園でのコピー可能ですので原本持参でも構いません)

申請日 年 月 日

基本調査

ふりがな		介護度	被保険者番号	介護認定機関	
氏名				年 月 日 ~ 年 月 日	
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)			電話番号	
住 所	〒			所在地	自宅・病院・施設
				名称	
				担当者	
在宅サービスの状況	<input type="checkbox"/>	訪問介護	事業所名	利用回数	回/週
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	事業所名	利用回数	回/週
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴	事業所名	利用回数	回/週
	<input type="checkbox"/>	デイサービス・デイケア	事業所名	利用回数	回/週
	<input type="checkbox"/>	ショートステイ	事業所名	利用回数	日/月
	<input type="checkbox"/>	その他			
身元引受人氏名・住所				続柄	電話番号

保険証等について

健康保険証	後期高齢者	国民健康保険	健康保険	その他()	医療限度額証	無・I・II
被保険者氏名						
身体障害者手帳	有・無	種 級	障害名 ()			
療育(愛護)手帳	有・無	A・B				
精神障害者手帳	有・無	級				

年金等について

年金の種類	年金(老齢・厚生・国民・共済・障害・遺族)・生活保護・他()					
支給額	2ヶ月 円					
家族の援助	可能 ・ 不可能					
限度額申請	・未申請 ・1段階 ・2段階 ・3段階 ・非該当					

入居申込理由・申込みに至るまでの経緯・入居希望の時期

入居申込理由						
入居希望の時期	・ 早いほうが良い ・ 急がない					

※記載内容に変更等あった場合は施設までご連絡ください(所在地・介護度・身体状況など)

結核の既往	有・無	年程前			
感染症の既往	有・無	年程前			
糖尿病の有無	有・無	投薬あり ・ 注射あり ・ カロリー制限(Kcal) ・ 特になし			
アレルギー	有・無	食事() ・ 薬()			
麻痺	有・無	右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他			
拘縮	有・無	右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他			
褥瘡	有・無	部位()・処置方法()			
身長・体重	身長(cm) ・ 体重(kg)				
既往歴	(年月日・病名・病院)				
現病歴	(年月日・病名・病院)				

日常生活動作等について

視 力	普通 ・ 大きい字は見える ・ 顔の識別ができる ・ 見えない				
聴 力	普通 ・ やや大声を要する ・ 大声を要する ・ 聞こえない				
意思疎通	普通 ・ 内容を理解できない ・ 言語不明瞭 ・ 話せない ・ 無反応				
認知症状 有・無	物忘れ・見当識障害・介護抵抗・徘徊・不穏行為 不潔行為・昼夜逆転・帰宅願望・その他				
精神状況	不安になりやすい・うつ傾向がある・興奮する・幻覚がある・妄想がある 夜眠れない・その他()				
移 動	独歩・杖・歩行器・車椅子・リクライニング車椅子・その他() 自立・見守り・全介助				
食 事	主食(普通・粥・流動食) 副食(普通・刻み・その他) *箸使用・スプーン使用・その他 *自立・見守りが必要・一部介助・全介助 *むせ込み(有・無) *食事制限(塩分制限・カロリー制限・水分制限・その他)				
義 歯	有(部分・総入れ歯)・無				
排 泄	自立・見守りが必要・一部介助・全介助 *排泄方法(トイレ・ポータブルトイレ・尿器・紙おむつ・カテーテル・ストマ)				
医療行為	・経鼻栄養・胃瘻栄養・尿カテーテル・ストマ・ペースメーカー ・インスリン・その他()				
終末期について	<input type="checkbox"/>	自宅で希望	施設での終末期を希望された場合について		
	<input type="checkbox"/>	施設で希望	<input type="checkbox"/>	延命処置は希望せず囑託医に一任します。	
	<input type="checkbox"/>	病院で希望	<input type="checkbox"/>	延命処置を希望します。	