☑ おおみなと園
☐ 桜木園
☐ いこいの里

入居希望者　心身状況調書

申請日　　年　　月　　日

支援事業所　　担当　　申込者

※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）

氏名	介護度	被保険者番号	介護認定有効期間
			年　月　日 ～　年　月　日

生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳）	電話番号	
住　所	〒　　—	現在地	自宅 ・ 病院 ・ 施設
		名称	
		担当者	

在宅サービスの状況	▢	訪問介護	事業所名	利用回数　回/週
	▢	訪問看護	事業所名	利用回数　回/週
	▢	訪問入浴	事業所名	利用回数　回/週
	▢	デイサービス・デイケア	事業所名	利用回数　回/週
	▢	ｼｮｰﾄｽﾃｲ	事業所名	利用回数　日/月
	▢	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			
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① □3段階② □4段階（非該当）
負担割合	割

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（現在地・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 ・ 一部介助 ・ 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 ・ 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 ・人工肛門 ）
医療行為	・経鼻栄養 ・胃瘻栄養 ・尿カテーテル ・人工肛門 ・ペースメーカー ・インスリン その他

終末期について	▢	自宅で希望	施設での終末期を希望された場合について	
	▢	施設で希望	▢	延命処置は希望せず嘱託医に一任します。
	▢	病院で希望	▢	延命処置を希望します。