

和敬園 ・ コスモホーム 入所申込書

※希望する施設、もしくは両方に○

申込日： 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
入所希望者 氏名		男・女	T・S 年 月 日	歳
現住所	〒 電話番号 ()			
保険者	区・市・町・村	介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
介護保険 被保険者番号		認定年月日	R . .	
		有効認定期間	R . . ~ R . . (介護保険者証裏に書いてあります)	
生活保護	・無 ・有【保護開始日 福祉事務所・担当者】	医療保険	・後期高齢 ・国保 ・社保 ・難病医療 ・自立支援 ・障害者	
収入状況	・年金の種類 () 収入金額 ¥ (1ヶ月)	手帳類	・無 ・その他 () ・身障【 級 第 種】 ・障害部位：	
現在の住まい	<input type="checkbox"/> 在宅で生活している。 <input type="checkbox"/> 病院【病院名： 入院日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設【施設名： 入所日： 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 他施設【施設名： 入所日： 年 月 日】			
ご家族様連絡先				
ふりがな		続柄	生年月日	年齢
氏名			T・S・H 年 月 日	歳
住所	〒 <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 () <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 () 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ()			
ふりがな		続柄	生年月日	年齢
氏名			T・S・H 年 月 日	歳
住所	〒 <input type="checkbox"/> 自宅電話番号 () <input type="checkbox"/> 携帯電話番号 () 勤務先名称 住所： <input type="checkbox"/> 職場電話番号 ()			

ご 家 族 連 絡 先

ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 □自宅電話番号 () □携帯電話番号 () 勤務先名称 住所： □職場電話番号 ()			
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 □自宅電話番号 () □携帯電話番号 () 勤務先名称 住所： □職場電話番号 ()			
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 □自宅電話番号 () □携帯電話番号 () 勤務先名称 住所： □職場電話番号 ()			
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 □自宅電話番号 () □携帯電話番号 () 勤務先名称 住所： □職場電話番号 ()			
ふりがな		続柄	生 年 月 日	年 齢
氏 名			T・S・H 年 月 日	歳
住 所	〒 □自宅電話番号 () □携帯電話番号 () 勤務先名称 住所： □職場電話番号 ()			

生活環境 (休む環境)	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団 (フローア・畳等) 使用している周辺機具： <input type="checkbox"/> 立位バー <input type="checkbox"/> ナースコール <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他 ()	
生活の動作等 日常のご様子		どのような様子ですか? (介護の状況等)
1.寝返り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
2.起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
3.座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
4.立位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
5.歩行 (使用している用具)	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない 1.杖 2.手押し車 3.歩行器 4.車椅子 5.他 ()	
6.移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
7.移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
8.立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない	
9.入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
10.褥瘡 (床ずれ)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位： 処置開始日：)	
11.食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
12.食事形態	主食 … <input type="checkbox"/> 普通のごはん <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 副食 … <input type="checkbox"/> 普通のおかず <input type="checkbox"/> ひと口大にきざんだもの <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー	
13.嚥下	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> むせ込みあり (<input type="checkbox"/> とろみ必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要)	
14.排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	尿意 有・無 便意 有・無 失禁 有・無
15.口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上・下)
16.洗顔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
17.整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
18.爪きり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
19.上着の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
20.ズボン・パンツの着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
21.薬の内服	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
22.電話の利用	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (利用していない)	
23.日常の意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない	
24.視力	<input type="checkbox"/> 普通 (日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	眼鏡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
25.聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	補聴器： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
26.意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自分の意思を伝達できる <input type="checkbox"/> 時々伝達できる <input type="checkbox"/> 伝達できない	
27.指示への反応	<input type="checkbox"/> 指示が通じる <input type="checkbox"/> 指示が時々通じる <input type="checkbox"/> 指示が通じない	

28.日中の生活	<input type="checkbox"/> よく動いている	<input type="checkbox"/> 坐っている事が多い	
	<input type="checkbox"/> 横になっている事が多い		
29.医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろう	<input type="checkbox"/> 在宅酸素
	<input type="checkbox"/> インシュリン注射	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> カテーテル
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
30.内服薬 (薬名を記載)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
記憶・理解・行動障害について			
1. 毎日の日課等の理解	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
2. 生年月日や年齢を答える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
3. 直前にしていたことを答える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
4. 自分の名前を答える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
5. 今の季節を理解する	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
6. 自分がいる場所を答える	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない	
7. 物を盗られた等の被害妄想	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
8. 作話をし、周囲に言いふらす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
9. 妄想・幻覚の症状	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
10. 感情が不安定 (感情失禁等)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
11. 夜間の不眠・昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
12. 暴言や暴行	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
13. しつこく同じ話をする 不快な音を立てる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
14. 大声をだす	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
15. 助言や介護に抵抗する	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
16. 目的もなく動き回る	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
17. 「家に帰る」等落ち着きがない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
18. 外に出たがり目が離せない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
19. 色々なものを集める 無断でもってくる	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
20. 物や衣類を壊したり破く事	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
21. 不潔な行為 (排泄物を弄る)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある
22. 異食行為	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ある

《 介護上で困っている事・気を付けている事・その他ケアに対するご希望等をご記入下さい 》

.....

.....

.....

.....

.....

