

小平市指定介護老人福祉施設等入所申込書兼調査書①

申込No. _____

申込日 令和 ____年 ____月 ____日

入所希望部屋 個室 多床室 どちらでも良い

ふりがな		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子（同居・別居） <input type="checkbox"/> その他（ ）
申込書ご記入の方のお名前			
連絡先	（ ）	ご記入者以外の方の連絡先	お名前（続柄） 電話（ ）

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	満 歳
入所申込者ご本人のお名前							
被保険者番号		保険者名		区・市・町・村			
住 所	〒 -		この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外のご家族・親族等 名前（続柄） 電話（ ）			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 施設の名称 _____ 入所・入院開始日 ____年 ____月 ____日～ <input type="checkbox"/> その他（ ）						
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"/> ご夫婦以外の同居者がいる（ ）						
主に介護している方について （施設入所や入院中の方は、自宅に戻った場合の状況についてご記入ください。）	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる（ ） <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 ※当てはまるものすべてをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 高齢（ ____歳） <input type="checkbox"/> 病弱（病名 _____ 通院治療 有・無） <input type="checkbox"/> 病気で入院中（ ____年 ____月～ ） <input type="checkbox"/> 障害がある（障害の程度 ____種 ____級） <input type="checkbox"/> 働いている（パート・正社員） <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中である（就学前） <input type="checkbox"/> 複数の方の介護をしている（ ） 上記以外で介護者の状況について (_____)						
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外（ ）						
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 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"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <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"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい 上記以外の住宅の問題について (_____)						

多摩済生園入所申込書兼調査書②

主から見たご家族の状況（概略で構いません。分かる範囲でご記載ください）

氏名	年齢	続柄	住所

既往歴とその後の経過（何故その要介護状態になったのか。要介護状態の進行の過程など）

施設入所申込に至る経過（施設入所に至るご本人及び家族の介護状況など）

年金等・保険（当てはまるものに☑ と（ ）に名称をご記載ください）

年金等	<input type="checkbox"/> 年金の種類（ ）	保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者
	<input type="checkbox"/> 個人年金等（ ）		<input type="checkbox"/> 国民健康保険
	<input type="checkbox"/> 生活保護他（ ）		<input type="checkbox"/> 社会保険（ ）

多摩済生園入所申込書兼調査書③

基本動作	麻痺の状態	無 ・ 有 (部位→ 状態→)
	拘縮の状態	無 ・ 有 (部位→)
	寝返り動作他	自己 ・ 一部介助 ・ 全介助 / 起き上がり 自己 ・ 一部介助 ・ 全介助
	座位保持	保持可 ・ 支えにて可 ・ 不可
	立位保持	自己 ・ 支えにて可 ・ 立位のみ可 ・ 立位のみ支えにて可 ・ 不可
	移動動作	自己 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	歩行動作	外出可 ・ 施設内のみ ・ 短距離 ・ 介助歩行 ・ 歩行不可 ()
	車椅子等	シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子 (私物・貸与) ・ 装具 ()
	特記事項	
	嚥下状態	良好 ・ むせやすい ・ 詰りやすい ・ トロミが必要 ・ 他 ()
	食事制限	無 ・ 有 (制限内容→ 理由→)
	義歯使用	自歯 () ・ 部分義歯 () ・ 総義歯 ()
	摂取動作	自己 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 自助具 ()
	食事形態	ご飯 ・ お粥 () / 普通 ・ きざみ ・ その他 ()
特記事項		
排泄	尿意	有 (訴え可 ・ 訴えられない) ・ 無 (失禁状態→)
	便意	有 (訴え可 ・ 訴えられない) ・ 無 (失禁状態→)
	排尿間隔	頻尿 ・ 普通 ・ 遠い (何時間毎の排尿→ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 日中 回 ・ 夜間 回)
	排便間隔	毎日 ・ 1日毎 ・ 2~3日毎 ・ 4日以上
	特記事項	
入浴	入浴頻度他	() 回 / 週 好き ・ 嫌い
	衣類準備	可 ・ 介助 / 更衣 自己 ・ 一部介助 () ・ 全介助
	入浴形態	家庭浴槽 ・ 機械浴 ・ その他 ()
	洗身洗髪	自己にて可 ・ 一部介助 ()
	特記事項	
整容他	洗面等	自立 ・ 準備 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ()
	整髪等	自立 ・ 準備 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ()
	特記事項	
夜間の様子	睡眠状況	良く寝れている ・ 眠りが浅い ・ 不眠
	夜間起きる回数	() 回 (理由→)
	眠剤服用	無 ・ 有 (薬名→)
	特記事項	