

記入例

多摩済生園入所申込書兼調査書

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	た ま のぶいち		入所申込者ご本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他 ()	入所後、多床室 個室間の移動はできません
申込書ご記入の方のお名前	多摩 伸一				
住所	〒187-0041 小平市美園町3-12-1		電話番号	△△△ (△△△) △△△△ (自宅) △△△ (△△△) △△△△ (携帯)	
ふりがな	た ま そのみ		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日
入所申込者ご本人のお名前	多摩 園美				明大 △△年 △月△日 満 △△歳
被保険者番号	1 3 0 0 0 0 0 0 0 0		※連絡先は、日中連絡できる電話番号にしてください。		
住所 ※住民登録地	〒187-0000 小平市美園町△-△△△-△△		この申込書についての問い合わせ先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 (多摩 伸一) 電話 △△ (△△) △△△△	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" 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	令和△△年 △月 △日から 令和△△年△△月△△日まで	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 ※認定有効期限が切れている場合は、市に要介護認定申請をしてください。 <input checked="" 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 施設の名称 △△△病院 入所・入院開始日 平成△△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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いる (多摩 伸一 (子)) <input type="checkbox"/> いない 主に介護される方は <input type="checkbox"/> 健康 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢 (△△歳) ← 70歳以上の方 ※当てはまるものすべてをチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 病弱 (病名 _____ 通院治療 有・無) <input type="checkbox"/> 病気で入院中 (年 月 ~) 障害手帳所持の方 → <input checked="" type="checkbox"/> 障害がある (障害の程度 種 級) 週20時間以上 → <input checked="" type="checkbox"/> 働いている (パート・正社員) <input type="checkbox"/> 働いていない 幼児・乳幼児を養育 → <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 [息子である伸一は、高齢で腰痛持ち。最近腰痛が悪化した為、遠方から親族が交替で在宅介護にあっている。]				
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 [築40年以上の木造で、階段、廊下や部屋の入り口が狭く介護に不便。玄関前が急な階段になっており、車椅子での出入りができない。住宅改修も困難。]				

ご本人の心身の状況について	<u>疾病・障害について</u> 疾病について 病名 <u>糖尿病</u> 通院 (有・無) ・服薬 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 病名 _____ 通院 (有・無) ・服薬 (有・無) 病名 _____ 通院 (有・無) ・服薬 (有・無)
	障害者手帳の有無 <input checked="" type="checkbox"/> ある 障害の内容 <u>直腸機能障害</u> 障害の程度 <u>△種 △級 (度)</u> <input type="checkbox"/> ない
	<u>認知症等の問題行動について</u> <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input checked="" type="checkbox"/> 大声をだす <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 常時の徘徊 <input type="checkbox"/> 外出してもどれない <input type="checkbox"/> 1人で外にでたがる <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> 幻覚・妄想 その他問題行動の状況について { 最近、大声や物を盗られたと被害妄想ができており、病院側から転院先を探すように言われている。 }
	<u>医療的措置について</u> <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 (回/日) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・経腸・胃ろう) <input type="checkbox"/> その他 { <u>その他心身の状況で留意すること</u> }
	在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 利用している <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない 今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を変更したい (具体的な内容 _____)
ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input checked="" type="checkbox"/> 作っていない 担当の介護支援専門員 (ケアマネジャー) は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <u>介護支援専門員 (ケアマネジャー) 氏名 _____</u> 事業者名 _____ 電話 _____ (_____)	
他施設の申込みの状況について 市内施設 <input type="checkbox"/> やすらぎの園 <input type="checkbox"/> 小川ホーム <input type="checkbox"/> まりも園 <input type="checkbox"/> 多摩済生園 <input type="checkbox"/> 小平健成苑 市外施設 <input type="checkbox"/> あゆみえん (青梅市) <input type="checkbox"/> 塩船園 (青梅市) <input type="checkbox"/> 青梅天使園 (青梅市) <input type="checkbox"/> 羽村園 (羽村市) <input type="checkbox"/> 神明園 (羽村市) <input type="checkbox"/> 羽生の里 (日の出町) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
その他特記事項	

情報提供に関する同意確認欄	私は、入所申込施設が保険者から私の要介護認定一次判定資料の提供を受けることに同意します。 また、この申込書にある内容を保険者・在宅介護支援センター・担当ケアマネジャーへ情報提供することに同意します。
	指定介護老人福祉施設 多摩済生園 施設長 様
	令和 △△年 △△月 △日 氏名 (入所申込者ご本人) _____ 多摩 園美 印 (代筆者氏名 多摩 伸一)

入所申込者ご本人の氏名
捺印をお願いします

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
多摩 伸一	△	息子	小平市美園町3-12-1
多摩 直美	△	娘	新潟県△△△-△
済生 与人	△	甥	東久留米市△△-△
済生 幸三	△	甥	所沢市△△-△-△

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）

平成18年4月頃に孫と公園を散歩中に転倒し、大腿部頸部骨折で△△病院に入院しました。入院中に幻聴幻覚が見られるようになり、検査の結果、認知症の診断ができました。糖尿病の発症時期はわかりませんが、若い頃からと本人から聞いて言います。現在はインシュリンの注射は必要なく、服薬と食事制限で落ち着いています。

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）

退院後に息子である私が仕事をしながら在宅介護をしていましたが、自分も高齢で、また持病である腰痛が悪化し介護が出来なくなりました。現在は親類が遠方から通い介護で対応しています。家族の介助状況から先々に不安を感じた為、施設入所の申し込みに至りました。

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 checked="" type="checkbox"/> 年金の種類（ 老齢基礎年金 ）	保険	<input checked="" 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→ 両膝関節)
	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	介助をすれば、2から3歩の歩行動作は可能です。日常生活では車椅子を使用しています。自分で車椅子を操作するのは難しいので、全て介助を行っています。	
食事	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→1400kcal 理由→糖尿病の為)
	義歯使用	自歯()・部分義歯()・総義歯(食事以外外す)
	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(五分粥) / 普通・きざみ・その他()
	特記事項	時折むせ込み事があるので、食事は柔らかいものが中心です。過去に誤嚥した事はありません。
排泄	尿意	有(訴え可・訴えられない)・無(失禁状態→トイレの都度パンツ交換している)
	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 4回・夜間3回)
	排便間隔	毎日・1日毎・2~3日毎・4日以上
	特記事項	尿意は無い様子で、トイレへ誘導の都度、既にパンツに排尿が見られています。トイレのたびにパンツ交換を行っています。便秘気味なので、下剤を服用しています。
入浴	入浴頻度他	(2)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・全介助
	特記事項	自宅では環境が整っていないこともあり、入浴できません。デイサービスに週2回通っているので、その時に入浴しています。
整容	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	洗面などの整容は全て介助を必要とします。
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	(3)回(理由→トイレへ通う為に覚醒します)
	眠剤服用	無・有(薬名→)
	特記事項	1カ月に数回は夜間眠れない日があるようです。その様な時は日中にウトウトしています。主治医に相談しましたが、様子をみましょうと言われ、特に薬などは処方されていません。

・上記の内容に近い書類(認定調査票写・看護サマリー・アセスメント等)を提出して頂ければ、「多摩済生園入所申込み兼調査票」は未記入で結構です。