

特別養護老人ホーム「楽聚」入所申込書

フリガナ		記入年月日	平成 年 月 日			
氏名 (男・女)		住所	〒 -			
生年月日	昭和 年 月 日	電話番号	- -			
要介護度	自立 要支援 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5					
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
申請中	初回・更新・変更	申請日	年 月 日	調査日	年 月 日	
介護支援専門員			居宅介護支援事業所			
主治医			医療機関			
現在の介護状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 (施設名) <input type="checkbox"/> その他					
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室(ユニット) <input type="checkbox"/> 2人部屋 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> どちらでもよい					
他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 申し込みなし <input type="checkbox"/> 申し込み(入所予定)あり 施設名:					
家族構成 (世帯主に◎印を付けてください)						
氏名	年齢	続柄	同居の有無	住所	TEL	
			同居 別居			
			同居 別居			
			同居 別居			
			同居 別居			
			同居 別居			
本人の状況						
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 視力がない・全く見えない			<input type="checkbox"/> 眼鏡あり	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる <input type="checkbox"/> やや聞こえる <input type="checkbox"/> 全く聞こえない			<input type="checkbox"/> 補聴器あり(右・左)	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> やや聞こえる <input type="checkbox"/> 聞き取れない・話せない				
日常生活の状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自力歩行可能(杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
	排泄	昼	<input type="checkbox"/> 自力(誘導・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 管挿入			
		夜	<input type="checkbox"/> 自力(誘導・ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 管挿入			
	食事	<input type="checkbox"/> 自力(補助具使用・見守り) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 食事不可				
		食事形態	主食:	副食:	義歯	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 入浴不可				
		上	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示・見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示・見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・徘徊 ・物忘れ ・自傷行為 ・不穏 ・奇声 ・不潔行為 ・摂食異常 ・攻撃的行動 ・意欲低下					
医療的処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他、特に注意すること()					