

# 入所申込書 1 (基本情報)

申込日 平成 年 月 日

フリカナ		生年月日	明治・大正・昭和	年 齢
お名前	様	年 月 日生		才
ご住所	〒			性 別
		TEL		男・女
ご家族 連絡先	フリカナ		TEL	
	お名前	様	TEL	
	ご住所	〒		
	続 柄		お勤め先 TEL	
身元引受人 連帯保証人	お勤め先 名称・所属			
ご家族 連絡先	フリカナ		TEL	
	お名前		TEL	
	ご住所	〒		
	続 柄		お勤め先 TEL	
要介護認定	要支援・要介護( )・認定申請中・区分変更申請中			
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで			
認定年月日	平成 年 月 日	被保険者番号:		
在宅ケアマネージャー	氏名:	事業者名:		
入所希望日	平成 年 月 ( 上旬 中旬 下旬 ) ・ できるだけ早く			
	備考:			
希望する 退所の時期	平成 年 月 頃 ・ 状態が改善したら ・ 他施設入所時 ( 待機 )			
	備考:			
入所の目的				
入所に対する 本人の理解など	ご本人はどのような施設に入所するのか 理解している・理解していない			
	ご本人の入所に対する同意 ( 納得 ) 同意している・同意していない ( 理由 )			
	理由:			
入所生活に対す る要望・介護や 医学的管理、入 所生活により改 善したい状態等	ご本人:			
	ご家族:			
現在の通院状況 及び 今後の予定	通院している病院名:			
	受診科名・通院頻度:			

ご記入頂いた情報は十分な配慮をもって施設サービスに活用させて頂くと共に、個人情報保護法等に基づき適切な管理のもと第三者へ漏洩しない事を約束致します。

## 入所申込書 2 - 1 (心身の状況)

記入日 平成 年 月 日

項 目	評 価	備 考												
身 長	cm (測定日: 年 月)													
体重の推移 (過去半年間)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">月 日</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">kg</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">月 日</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">kg</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月 日</td> <td style="text-align: center;">kg</td> <td style="text-align: center;">月 日</td> <td style="text-align: center;">kg</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">月 日</td> <td style="text-align: center;">kg</td> <td style="text-align: center;">月 日</td> <td style="text-align: center;">kg</td> </tr> </table>	月 日	kg	月 日	kg	月 日	kg	月 日	kg	月 日	kg	月 日	kg	
月 日	kg	月 日	kg											
月 日	kg	月 日	kg											
月 日	kg	月 日	kg											
義 歯	なし 上のみ 下のみ 上下													
嚥下状態	良好 むせ込む(軽度・中程度・重度) 何にむせ込むか? :  増粘剤使用状況:													
食事形態	主食: 米飯 軟飯 全粥 全粥ミキサー 副食: 常菜普通 常菜一口大刻み 軟菜普通 軟菜一口大刻み 軟菜超刻み ミキサー													
摂食行為	自立 見守り 声がけ 一部介助 全介助													
摂食補助用品 (使用品名・使用状況)														
摂食量 (過去3日間の平均)	100% 99%~75% 74%~26% 25%以下													
経腸栄養	品名: kcal × 回 1回の所要時間:													
栄養補助食品	品名: kcal × 本(1日)													
嗜好(食べないもの)														
禁忌食品 (アレルギー等)														
飲水行為	自立 見守り 声がけ 一部介助 全介助													
飲 水 量	約 ml (1日)													
	飲水制限: ml (1日の上限)													
	制限理由:													
失 禁	なし 時々あり 頻繁にあり													
排 泄	自立 見守り等 一部介助 全介助													
排泄方法・場所	(日中) トイレ Pトイレ おむつ その他													
	(夜間) トイレ Pトイレ おむつ その他													
洗身・洗髪	自立 見守り等 一部介助 全介助													
入浴方法	一般浴槽 特殊浴槽 一般浴槽で特殊な介助													
入浴拒否	なし 時々あり 頻繁にあり													
衣服着脱	自立 見守り等 一部介助 全介助													
口腔清潔	自立 見守り等 一部介助 全介助													
起き上がり	自立 見守り等 一部介助 全介助													
座位保持	支障なし 背もたれ・肘かけ必要 不可													

ご記入頂いた情報は十分な配慮をもって施設サービスに活用させて頂くと共に、個人情報保護法等に基づき適切な管理のもと第三者へ漏洩しない事を約束致します。  
 介護老人保健施設 エパーグリーンハイツ室蘭

## 入所申込書 2 - 2 (心身の状況)

項 目	評 価	備 考
移 乗	自立 見守り等 一部介助 全介助	
歩行・移動	自立 見守り等 介助が必要	
歩行補助具等	(屋内) つたい歩き 杖 歩行器等 車イス	
褥 創	部位： 程度：	
激しい痛みの訴え	部位： 対処法：	
意思の伝達能力	支障なし 支障あり(認知障害・構音障害)	
理解・認知能力	支障なし 支障あり(軽度・中程度・重度)	
記 銘 力	支障なし 支障あり(軽度・中程度・重度)	
聴 力	支障なし 支障あり(軽度・中程度・重度)	
視 力	支障なし 支障あり(軽度・中程度・重度)	
薬の内服	自立 一部介助 全介助	
金銭管理者	本人 本人(少額)と家族 家族	
物品管理能力	自立 一部介助 全介助	
被害妄想	なし 時々あり 頻繁にあり	
幻視・幻聴	なし 時々あり 頻繁にあり	
暴言・暴力	なし 時々あり 頻繁にあり	
徘徊	なし 時々あり 頻繁にあり	
障害老人の日常生活自立度	正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
認知症老人の日常生活自立度	正常 a b a b M	
その他：		

ご記入頂いた情報は十分な配慮をもって施設サービスに活用させて頂くと共に、個人情報保護法等に基づき適切な管理のもと第三者へ漏洩しない事を約束致します。

介護老人保健施設 エバーグリーンハイツ室蘭

### 入所申込書 3 ( 家族構成・生活歴 )

記入者名 様

氏名	様	生年月日	明・大・昭	年	月	日
家族構成 (日頃の付き合いや関係の深い順に記入して下さい)						
氏名	続柄	年齢	住居	居住市町村(都府県)		
様		才	同居・別居			
様		才	同居・別居			
様		才	同居・別居			
様		才	同居・別居			
様		才	同居・別居			
様		才	同居・別居			
様		才	同居・別居			
様		才	同居・別居			
関係の深い友人や知人(日頃の付き合いや関係の深い順に記入して下さい)						
氏名	対象者とのご関係			居住市町村(都府県)		
様						
様						
様						
生活歴						
出生～成人まで育った場所・地域						
その後、移り住んだ地域・年数						
主に従事してきた仕事・職種						
所持している資格や免許						
趣味や特技						
結婚 なし・あり( 才 ) 離婚 なし・あり( 才 ) 再婚 なし・あり( 才 )						
子供の人数		人	子供との死別	なし・あり( 才 )		
幼少・思春期における両親との離別又は死別			なし・あり( 離別・死別 母・父 )			
記憶に残るエピソード・出来事など						
現在の家族関係・その他						

## 入所申込書 4 (生活のようす)

記入者名 \_\_\_\_\_ 様

ご家庭内で下記のような状況がありますか？

質 問 内 容	回 答
家の中や外出先での転倒 (ある場合) 具体的な場所及び状況	全くない・転びそうになった事がある・転んだ事がある
ベッドからの転落	全くない・落ちそうになった事がある・落ちた事がある
イスや車イスからの転落	全くない・落ちそうになった事がある・落ちた事がある
食べ物がノドに詰まる	全くない・詰まりそうになった事がある・詰まった事がある
浴槽内で溺れる	全くない・溺れそうになった事がある・溺れた事がある
一人で外出し、帰れない	全くない・一人で外出しようとする・帰宅できず探した事がある
食べられない物を口に入れる	全くない・入れた事がある・入れる事が頻繁にある
物や衣類を壊す、破く	全くない・しようとした事がある・した事がある
器具等をうまく使えずケガをする	全くない・器具等をうまく使えない・ケガをした事がある
ケガをした事がある場合、その器具の名称：	
タバコ等、火の不始末	全くない・危険を感じた事がある・不始末があった

下記のような状態がありますか？

著しく気分が不快になるような事、特に嫌いなものがあればご記入下さい。
持っていると安心する物、やっていると安らげる事がありましたらご記入下さい。
特にこだわりを持っている物や事柄がありましたらご記入下さい。
特に変わった行動や振る舞いがあればご記入下さい。

その他、安全に生活して頂くために配慮すべき事項があればご記入下さい。

当施設では、入所された方が豊かな気持ちで和やかに安心して生活できるよう、「個別の状態に合わせた介護」及び「出来る限りの安全配慮」を行います。そのため、ご本人特有の生い立ち、生活習慣、立ち居振る舞いや家族状況等を把握し、より安全で質の良いサービスを提供したいと考えておりますので、情報の提供にご協力下さいますようお願い申し上げます。

ご記入頂いた情報は十分な配慮をもって施設サービスに活用させて頂くと共に、個人情報保護法等に基づき適切な管理のもと第三者へ漏洩しない事を約束致します。エバーグリーンハイツ室蘭