

調査票 (入所申込時)

入所希望者	ふりがな 氏名			男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)				
	現住所	〒 — Tel () —							
被保険者番号				保険者名					
要介護認定		<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5 有効期間 年 月 日～ 年 月 日							
現在の状況 (待機場所)		1. 在宅 (ショートステイ利用中を含む) 2. 病院 (病院名: Tel.) 現在治療中の傷病名 () 3. 入所施設 (種別: 施設名:) 4. その他 ()							
世帯状況		<input type="checkbox"/> 単独世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他家族と同居							
入所申込理由 *該当する番号を1つ選んでください。		<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が遠方、又は入院しているため介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障害・疾病により介護ができない <input type="checkbox"/> 以下の理由により、十分な介護を行うことが困難である 複数の介護を行っているため、育児をしているため、就労をしているため 介護者が身体的・精神的に負担が大きいため <input type="checkbox"/> その他 ()							
住宅の状況		<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退居を求められている、又は居住地がない状況である <input type="checkbox"/> その他 ()							
介護サービスの利用状況		<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護・リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護・リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護、短期入所療養介護 (最近3ヵ月合計 日) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 施設 (老健、病院等) 入所・入院している <input type="checkbox"/> 介護サービスを受けていない							
主たる介護者及び家族の状況		氏名	性別	男・女	年齢	歳	続柄	区分	同居・別居
		(特記事項)							

身体的状況	食事 摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる			
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない			
	障害高齢者自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		
	認知・精神の 症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする			
		(以下)の行為で該当する箇所を☑して下さい。(複数該当可能) <input type="checkbox"/> 被害的 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 出たら戻れない <input type="checkbox"/> すぐに大声をだす <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きがなし <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 一人事一人笑い <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話がまとまらない <input type="checkbox"/> 収集癖 _____ _____			
認知症高齢者自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
医療的処置 *該当するものをすべて選んでください。	<処置内容> <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(/1日) <input type="checkbox"/> 吸引(/1日) <input type="checkbox"/> その他()				
	<身体の状態> <input type="checkbox"/> 悪性新生物 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 脳卒中 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 心臓病 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 精神疾患 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 肺炎 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 感染症 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> 骨折 (治療中 / 既往あり) <input type="checkbox"/> その他: _____ _____ _____				

入所希望者の意向 *入所希望者が申込者である場合を除く。	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> その他 (保留条件:)	
他施設の申込状況	施設名 1	申込 予定・済 (年 月頃)
	施設名 2	申込 予定・済 (年 月頃)
	施設名 3	申込 予定・済 (年 月頃)

入所申込施設意向確認	<input type="checkbox"/> <u>特別養護老人ホームかもがわ荘</u> の入所申込を希望します
	<input type="checkbox"/> <u>特別養護老人ホームきび庭瀬</u> の入所申込を希望します
	<input type="checkbox"/> 順番が早い方へ入所を希望します

【説明確認及び同意書】

説明確認欄	<ul style="list-style-type: none"> 私は、入所申込みに際し、入所申込みから入所契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。
同意書欄	<ul style="list-style-type: none"> 記載事項に誤りや漏れがあった場合入所を取り消す場合があります。 入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、入所申込書及び調査票に記載した事項等が変わった場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。 入所可能の案内があったにもかかわらず、<u>自己都合により入所を辞退した場合は、入所順位名簿から削除されることとなります。</u> 入所制度の適正な運用のため、この申込書、調査票及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することがあります。 施設が居宅介護支援事業者、<u>行政機関等</u>へ入所希望者の状況について確認<u>または資料請求</u>をすることがあります。 当法人施設は看取りを標榜する施設です。入所時にもう一度確認しますのでご理解ください。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (続柄)</p>