

西砂ホーム入所申込書

年 月 日

フリガナ				生年月日	性別
入所希望者名				年 月 日 (歳)	男・女
住 所	〒				
電 話	自宅		携帯		
要介護度	1	2	3	4	5
	有効期限		年 月 日	～	年 月 日
現在の所在	病院名()			担当医()	担当相談員
	施設名()			ケアマネ()	
御 家 族 連 絡 先 (キーパーソン様を①番にご記入下さい)					
氏名	続柄	年齢	電 話 番 号	住 所	
①					
②					
③					
保険証等	該当するものを○でかこんで下さい。				
	国民健康保険 後期高齢者 その他() 障害者手帳 有 級				
既往歴(今までかかった病気等)				いつ頃	
(1)				年頃	
(2)				年頃	
(3)				年頃	
(4)				年頃	
生活歴(今までどのような生活をされていたか、なるべく詳しくお書き下さい。)					
(出生地・職歴・趣味・入院歴・介護保険利用状況等 その他)				家系図	
年金等	なし 有り (国民・厚生・老齢福祉・その他)				生活保護

身体状況について ※該当するものに○をつけて下さい。

視力障害	右: 無 有()	聴力障害	右: 無 有()
	左: 無 有()		左: 無 有()
麻痺	無 有 (部位)		
食事	自立 一部介助 全介助 用具 はし スプーン フォーク その他()		
	主食 常 お粥 ミキサー 副菜 常 一口大 刻み ミキサー		
嗜好	タバコ… 吸わない 吸う(1日 本) 酒… 飲まない 飲む(何を 位)		
排泄	昼 自立 見守り 一部介助 全介助		
	夜 自立 見守り 一部介助 全介助		
	使用しているもの リハビリパンツ オムツ 尿パット ポータブルトイレ 他		
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助 更衣の協力動作 あり・なし		
移動・歩行	自立 掴まり歩行可 見守り 一部介助 全介助		
	使用しているもの 車椅子(自走 可・不可) 杖 歩行器		
起き上がり	自立 見守り 一部介助 全介助		
寝返り	自立 見守り 一部介助 全介助		
立位保持	可 介助すれば可 不可 協力動作 あり・なし		
座位保持	可 介助すれば可 不可		
精神状況	安定 不安定	意思疎通 … 出来る ややできる 出来ない	
性格	明るい 温和 話し好き おとなしい 神経質 人見知り 怒りっぽい その他()		
医療処置について	□ある □ない 身長 cm 体重 kg		
「ある」場合どのような内容ですか	□透析 □尿道カテーテル □ストマ □酸素療法 経管栄養(□経鼻 □経腸 □胃瘻) □インシュリン注射(回/日)		
上記以外の状況	[]		

行動についてお聞きます。該当するものに○をつけて下さい。

認知症	無 有 (認知症薬 使用中 未使用)
<p>1. 夜間に興奮・錯乱状態 になることがある。 2. 幻覚・幻聴・妄想 がある。</p> <p>3. 暴力的・攻撃的 になることがある。 4. 徘徊・外出 してしまう。迷う。</p> <p>5. 異食(食べられない物を口に入れる、食べる)行為がある。 6. オムツの中に手を入れる、弄便等の不潔行為がある。</p> <p>※その他お困りになっている行動等がありましたらご記入下さい。</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	