記入例

西砂ホーム入所申込書

○ 年 ○ 月 ○ 日

フリガナ	にしすな　たろう	生年月日	性別
入所希望者名	西砂　太郎	○ 年 ○ 月 ○ 日 （　　歳）	男（丸印）・ 女
住　所	〒　123-1234 入所希望者の住所をご記入ください		
電話	自宅　042-123-1234	携帯	
要介護度	1　2　3　4（丸印）　5　有効期限　○年　○月　○日　～　○ 年　○月　○日		
現在の所在	病院名（ 現在　入院/入所している　）担当医（○○先生　） 施設名（ 病院/施設を記入して下さい　）ｹｱﾏﾈ（ ○○○　）	担当相談員 ○○○	

御　家　族　連　絡　先　（ｷｰﾊﾟｰｿﾝ様を①番にご記入下さい）

氏名	続柄	年齢	電　話　番　号	住　所
① 西砂　花子	妻	○○	000-000-0000	立川市○○○町○－○－○
② 西砂　一郎	長男	○○	000-000-0000	立川市○○○町○－○－○
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（丸印）　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）糖尿病　（現在、服薬のみ）	平成　○○　年頃
（2）白内障　（左右　手術済み）	平成　○○　年頃
（3）脳梗塞　（左　片麻痺）	平成　○○　年頃
（4）認知症	平成　○○　年頃

生活暦（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）

出生地：山梨で生まれ、18歳で三鷹市に上京し27歳で結婚。 タクシーの運転手や警備員の仕事をしていた。

趣味：登山や釣り　カラオケ

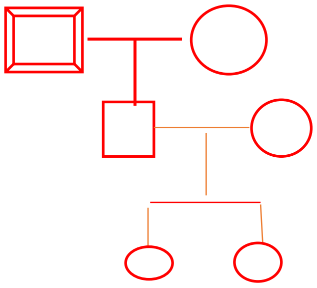
病歴：糖尿病と診断され現在服薬中血糖値は安定している

脳梗塞を発症後片麻痺となり、その後認知症と診断される

（その他、介護保険利用のきっかけやご自宅でのサービス利用の状況・内容等もご記入下さい）

箇条書きでも文章書きでも構いませんので、できるだけ詳しくお書きください。

家系図



本人は二重線
男性は□　女性は○　で
ご記入ください

年金等	なし　有り（丸印）（国民 ・ 厚生（丸印） ・ 老齢福祉 ・ その他　　　）　生活保護

身体の状況について　　※該当するものに〇をつけて下さい。

視力障害	右：無　有（　　　） 左：無　有（　　　）	聴力障害	右：無　有（　　　） 左：無　有（　　　）
麻痺	無　有（部位　右　上肢　下肢　／　左　上肢　下肢　　　）		
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　ﾘﾊﾋﾞﾘﾊﾟﾝﾂ　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　160　cm　体重　57　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	【※該当する事項がある場合は詳しくお書き下さい】		

行動についてお聞きします。該当するものに〇をつけて下さい。

認知症	無　有（認知症薬　使用中　未使用　）

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。
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。
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。

※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。

時々、昼と夜を間違えて夜間起きることがある。

※出来るだけ詳しくお書き下さい