**入　所　申　込　書**

**（申込み日：　　　 　 年　　　 　月　　　 　日）**

別紙「入所希望者確認事項」を読み、ご了解いただいてから**太枠内**を御記入ください。（担当　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所希望者 | ふりがな | | | | | | | | | | | | | | 生年  月日 | | 明  大　　　年　　　月　　　日／　　　歳  昭 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 男  女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話： | | | | | | | | | | | | | | | | | 戸建て・集合住宅・間借　　独居・同居  １階・２階以上　　　自室　有・無 | | | | | | | | | |
| 経済状況 | | | 公的年金（国民・厚生・共済）・恩給・年金（個人・企業・その他（　　　　　））  御家族等からの援助・生活保護・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 月収 | | 円 | | |
| 医療  機関 | | |  | | | | | | | | 医師 | |  | | | | | | | | 負担割合 | | | | |  | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | 限度額段階 | | | | |  | | |
| 介　護　認　定 | | 要介護度 | | | １・２・３・４・５  要支援１・２　申請中 | | | | 認定日 ：　　　　年　　月　　日  有効期限：　　　　年　　月　　日  ～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | 居宅介護支援事業所 | | | | | | |  | | | |
| 担当ケアマネジャー | | | | | | |  | | | |
| 現在のサービス利用状況（自宅・入所・入院） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＴＶ | | ＣＬ |
|  | |  |
| 他施設の申し込み状況（特別養護老人ホーム・その他）  施設名と時期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申込者 | 氏名 | |  | | | | | | | | | 続柄 |  | | 年齢 |  | | | | | 職  業 | |  | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 御家族 | 世帯 | | | | 氏　名 | | | 性別 | 年齢 | | 続柄 | | 住　所 | | | | | | | 職業 | | | | 電話番号 | | | | 備考 | |
| 同・別 | | | |  | | |  |  | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 同・別 | | | |  | | |  |  | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 同・別 | | | |  | | |  |  | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 同・別 | | | |  | | |  |  | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 同・別 | | | |  | | |  |  | |  | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |
| ※入所希望者が同居の場合は同居者及び入所希望者の子を、独居の場合は入所希望者の子及びご兄弟をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今　後　の　方　針 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者の意向（1. 自宅へ　2. どちらかというと自宅　3. 分からない　4. どちらかというと他施設　5. 他施設）  ※希望が1.　2.　の場合は、入所希望者の専用居室が（有・無）。　居室の場所は（1階・2階以上）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護者の意向（1. 自宅へ　2. どちらかというと自宅　3. 分からない　4. どちらかというと他施設　5. 他施設）  ※希望が1.　2.　の場合は、入所希望者の専用居室が（有・無）。　居室の場所は（1階・2階以上）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | リハビリテーションに対する希望 | | | | | | | | | | | | | | | | 食事に対する希望 | | | | | | | | | | | |
| 利用者 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 御家族 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 食物アレルギー | | | | | | | 無・有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬剤アレルギー | | | | | | | 無・有  お手数ですが、相談を円滑に進める為、判る範囲でご記入お願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**入所希望者の状態**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現病名・既往歴 |  | | | | | | | | | | | 家族図 |
| 相談内容 |  | | | | | | | | | | |
| 身体の状況 | 体　格 | | 身長：　　　　cm　体重：　　　　kg | | | | 自立度 | |  | | | |
| 言語理解 | | 普通・やや不自由・不自由 | | | | | | | | | |
| 発　語 | | 普通・やや不自由・不自由 | | | | | | | | | |
| 視　力 | | 普通・弱視・全盲　　　　 眼鏡（なし・あり）点眼（なし・あり： 　 　　） | | | | | | | | | |
| 聴　力 | | 普通・やや難聴・難聴　　　　　　　　補聴器（なし・あり） | | | | | | | | | |
| 意思疎通 | | 可能・やや問題・問題・不能 | | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | | 褥瘡：無・有　部位：　　　　　　　　　　　　　　　その他： | | | | | | | | | |
| 身体障害 | | 無・有　　　　級 | | | | | | | | | |
|  | | | 聴取内容 | | 面　接　時 | | | 備　考 | | | | |
| ADL | 移　動 | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | | 車椅子・独歩・杖・歩行器・手すり・手引き | | | | |
| 移　乗 | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | |  | | | | |
| 排泄(昼) | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | | 尿意(有・無)　便意(有・無)  ポータブル・リハパン・おむつ | | | | |
| 排泄(夜) | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | |
| 更衣・整容 | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | |  | | | | |
| 入　浴 | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | | 一般浴・特浴 | | | | |
| 寝返り | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | |  | | | | |
| 起き上がり | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | |  | | | | |
| 座位保持 | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | |  | | | | |
| 立ち上がり | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | |  | | | | |
| 立位保持 | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | |  | | | | |
| 食　事 | | 自立・見守・部介・全介 | | 自立・見守・部介・全介 | | | 義歯(有・無)、必要物品（　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | |
| 食事等 | 主食 | | ご飯・お粥（全・５分）・ソフト・ミキサー | | | 摂取量（　　割）食欲（なし・あり）ペース（早・普・遅） | | | | | | |
| 副食 | | 普通・あら刻み・刻み・ミキサー | | | | | 食事制限（なし・あり） | | | | |
| 嗜好品 | | 煙草（有・無）飲酒（有・無） | | | | | | | | （備考） | |
| 認知症  等 | 無・アルツハイマー型・脳血管型・レビー小体型・前頭側頭型  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | 専門医の診察（有・無）　　　　　　　　　　　　　　出現時期： | | |
| 中核症状 | | | 記憶・見当識（時間・場所・人）・思考・判断・実行機能・失行・失認  具体的内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 行動・心理症状 | | | ・行動症状：徘徊・攻撃性・不穏・焦燥感・不適切な行動・多動・性的逸脱行為  具体的内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ・精神症状：妄想・幻聴・幻覚・抑うつ・不眠・誤認・無気力・情緒不安定  具体的内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 生活歴 | 性格 |  | | | | | | | | | | |
| 趣味 |  | | | | | | | | | | |
| 職歴 |  | | | | | | | | | | |