

特別養護老人ホーム みずなみ瀬戸の里 入居申込書

No. _____

申込年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 利用者氏名						生年月日	M・T・S	年	月	日	
	印					年齢	歳	性別	・男 ・女		
住所						〒					家族の状況
	介護認定期間	H / / ~ H / /									
	介護度	1 2 3 4 5									
	障害老人自立度	正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2									
	痴呆性老人自立度	正常 a b a b M									
	電話番号										被保険者番号
居宅介護 支援事業所						TEL	FAX				
						介護支援専門員					
現在の 状況	・老人保健施設 () ・病院 () ・療養型施設 () ・在宅					現在利用して いるサービス	・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問(看護 / リハビリ) ・福祉用具貸与 ・通所介護 ・通所リハビリ ・短期入所 ・グループホーム()				
申し込み 状況	・当該施設のみ申し込む ・他施設も申し込、又は申し込む予定 施設名()					申込み 意向	・緊急 ・優先 ・とりあえず ・その他(身体状況・経済状況により検討)				
経済状態	・国民年金 ・厚生年金 ・遺族年金 ・その他 ()					健康保険	・後期高齢者医療保険 ・社会保険(本人・家族) ・国民健康保険(本人・家族) ・その他()				
家族 構成	氏名	続柄	年齢	連絡先(TEL)	同居	家族構成図					
					有・無						
					有・無						
					有・無						
					有・無						
					有・無						
					有・無						
申込者 (連絡先)	氏名					印	続柄				
	住所	〒									
	電話番号										
当施設の利用料金説明書を		・読んだ ・読んでない									
その他特記事項:											

NO.

氏名

主な病歴など	(発症 年 月ころ) (発症 年 月ころ) (発症 年 月ころ)
医療処置状況	1.経管栄養(経鼻・胃瘻) 2.透析 3.吸引 4.インシュリン注射 5.気管切開 6.在宅酸素 7.褥創の処置 8.ストーマの処置 9.バルンカテーテル 10.その他()
感染症の有無	1.C型肝炎 2.B型肝炎 3.梅毒 4.MRSA 5.疥癬 6.結核 7.その他()
精神状態	1.正常 2.認知症(重度・中度・軽度) 3.精神障害
認知性	1.徘徊(転倒したことがある・無い) 2.暴言・きつい口調 3.暴的行為 4.昼夜逆転 5.幻覚 6.奇声・大声 7.帰宅願望 8.盗癖 9.物忘れ程度 10.その他()
意思疎通	1.可能 2.やや可能 3.不可能
視力	1.普通 2.やや悪い 3.悪い 4.全盲
聴力	1.普通 2.やや悪い(右・左) 3.悪い(右・左) 4.聞こえない(右・左)
言語	1.普通 2.聞き取りにくい 3.単語程度 4.話せない
歩行	1.自立 2.杖又は補助具 3.車椅子(自力・介助) 4.寝たきり 1.安定 2.少しふらつく 3.かなりふらつく 4.3～5歩くらい 5.出来ない
食事方法	1.自立(箸・スプーン) 2.一部介助 3.全介助
食事内容	<u>主食</u> 1.常食 2.粥 3.ミキサー 4.とろみ <u>副食</u> 1.常食 2.きざみ 3.ミキサー 4.とろみ 1.経管
アレルギー	1.無 2.有()
入浴	1.一般浴 2.機械浴 3.清拭 1.自立 2.一部介助(1人介助・2人介助) 3.全介助(1人介助・2人介助)
着脱衣	1.自立 2.半介助 3.全介助
麻痺	1.無 2.有(右半身・左半身・上肢・下肢)
拘縮	1.無 2.有(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢)
褥瘡	1.無 2.有(部位と程度)
義歯	1.無 2.有(上・下) 3.部分入れ歯
排泄	1.トイレ 2.おむつ 3.リハビリパンツ 4.パット 1.自立 2.一部介助(1人介助・2人介助) 3.全介助(1人介助・2人介助)
治療状況	1.通院 2.往診 3.その他()
投薬	1.無 2.有(内服・外用薬)
主治医	病院名
	電話番号
	主治医氏名

- 1.医療処置が必要な方の入居はお断りする場合がございます。
- 2.利用者負担額は所得や介護度により変わります。
- 3.申込書受付後、書類選考、面接をもって、入居判定をさせていただきます。
- 4.契約時、健康診断書が必要となります。