

特別養護老人ホーム さくらの苑 入所申込書調査票 (施設・病院等の入所(院)者用)

| | | | | | | | |
|-----------------|----|--|--|-------|-------------|-------|--|
| 入所希望者氏名 | | | | 記入者氏名 | 印 | | |
| 記入者所属・職名 (*) | 所属 | | | | 連絡先 電話番号 | 入所希望者 | |
| | 職名 | | | | | 記入者 | |

※ 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター又は地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|--|--|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 調査項目 | 内 容 | | | | | | | | | | | | |
| 入所区分 | <input type="checkbox"/> 一般 | | | <input type="checkbox"/> 特例 | | | | | | | | | |
| 介護保険状況 | 要介護度 | <input type="checkbox"/> 要介護1 | | <input type="checkbox"/> 要介護2 | | <input type="checkbox"/> 要介護3 | | <input type="checkbox"/> 要介護4 | | <input type="checkbox"/> 要介護5 | | | |
| | 要介護認定期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | |
| | 負担限度額認定 | <input type="checkbox"/> 第4段階 | | <input type="checkbox"/> 第3段階② | | <input type="checkbox"/> 第3段階① | | <input type="checkbox"/> 第2段階 | | <input type="checkbox"/> 第1段階 | | <input type="checkbox"/> 申請していない | |
| | 利用者負担割合 | <input type="checkbox"/> 1割 | | <input type="checkbox"/> 2割 | | <input type="checkbox"/> 3割 | | | | | | | |
| 介護の状況 | 食 事 | 身長・体重 | 身長(cm) | | | | 体重(Kg) | | | | | | |
| | | 介助の状況 | <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 | 食事の内容 | (主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 二度炊 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 (| | | | | | | | | | |
| | | | (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 (| | | | | | | | | | |
| | 排 泄 | 排泄の方法 | (日中) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 | | | | | | | | | | |
| | | | (夜間) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 | | | | | | | | | | |
| | 入 浴 | 入浴の方法 | (日中) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 (| | | | | | | | | | |
| | | | (夜間) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 (| | | | | | | | | | |
| | 更 衣 | 介助の状況 | <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 | | | | |
| | 体位変換 | 介助の状況 | <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 | 器具の使用 | <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 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> いざり <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) | | | | | | | | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度 | | <input type="checkbox"/> 自立 | | <input type="checkbox"/> J-1 | | <input type="checkbox"/> J-2 | | <input type="checkbox"/> A-1 | | <input type="checkbox"/> A-2 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> B-1 | | <input type="checkbox"/> B-2 | | <input type="checkbox"/> C-1 | | <input type="checkbox"/> C-2 | | | | | |
| 【その他介助の状況に関する特記事項】 | | | | | | | | | | | | | |
| 身体状況 | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 | | <input type="checkbox"/> やや悪い | | <input type="checkbox"/> 悪い | | <input type="checkbox"/> 視力がない | | | | | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 | | <input type="checkbox"/> やや悪い | | <input type="checkbox"/> 悪い | | <input type="checkbox"/> 聴力がない | | | | | |
| | 発語 | <input type="checkbox"/> 普通 | | <input type="checkbox"/> やや悪い | | <input type="checkbox"/> 悪い | | <input type="checkbox"/> 発語ができない | | | | | |
| | 障害者 手帳等の 有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | 【障害者手帳等】(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳など) | | | | | | | | | |
| | | | | 手帳等の種類 | | | | | | | | | |
| | | 障 害 名 | | | | | | | | | | | |
| | | 障害の程度(級・度) | | | | | | | | | | | |
| 【その他身体状況に関する特記事項】 | | | | | | | | | | | | | |

| 調査項目 | 内 容 | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|--|----|---------------|--|----|-------|
| 退所(院)後の 在宅での生活環境 の予定 | 単身・同居の別 | <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(子の家等に同居する場合も含む) 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> | | | | | | |
| | 住居の状況 | <input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。 | | | | | | |
| 退所(院)後の在宅 での介護者の状況 の予定 | <input type="checkbox"/> 介護者(*)がいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる * 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 | | | | | | | |
| | 【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担(*)の予定】 * 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。 | | | | | | | |
| | 氏名 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 20%;">入所希望者 との続柄</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">年齢</td> <td style="width: 10%;">満()歳</td> </tr> </table> | | | 入所希望者 との続柄 | | 年齢 | 満()歳 |
| | | 入所希望者 との続柄 | | 年齢 | 満()歳 | | | |
| | 同居の有無 | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(<input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住) | | | | | | |
| | 就労等の 状況 | 週 回、1日当たり 時間、 に従事 | | | | | | |
| | 疾病・障害 等の状況 | <input type="checkbox"/> 有(内容:) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | |
| 対応状況 | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 | | | | | | | |
| 介護の負担 | <input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない | | | | | | | |
| 介護者に 関する 特記事項 | <div style="border: 1px solid black; height: 100%; width: 100%;"></div> | | | | | | | |

| 調査項目 | 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--------|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|------------------------|----------------------------|--|--|---------------------------------|--------|------|--|--|------|--|--|
| 退所(院)後の 在宅での 介護保険の 居宅サービス又は 介護保険以外の 福祉サービス等の 利用予定 | <p data-bbox="355 120 710 147"> <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない </p> <p data-bbox="355 188 612 215">【利用する場合の予定】</p> <table border="1" data-bbox="384 221 1437 981"> <thead> <tr> <th data-bbox="384 221 544 255" rowspan="5"> 介護保険の 居宅サービス (*)の利用 予定 </th> <th data-bbox="544 221 735 255">サービス種類</th> <th data-bbox="735 221 1437 255">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="544 255 735 291"></td> <td data-bbox="735 255 1437 291">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 291 735 327"></td> <td data-bbox="735 291 1437 327">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 327 735 362"></td> <td data-bbox="735 327 1437 362">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="544 362 735 398"></td> <td data-bbox="735 362 1437 398">週・月()回 1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="384 439 1437 472"> 全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定 </td> </tr> <tr> <th data-bbox="384 472 544 506" rowspan="2"> 介護保険 以外の福祉 サービス等の 利用予定 </th> <th data-bbox="544 472 735 506">サービス種類</th> <th data-bbox="735 472 1437 506">利用頻度</th> </tr> <tr> <td data-bbox="544 506 735 763"></td> <td data-bbox="735 506 1437 763"></td> </tr> <tr> <th data-bbox="384 763 544 981">対応状況</th> <td colspan="2" data-bbox="544 763 1437 981"> <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 </td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="355 981 1324 1048"> * 居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載 </p> | 介護保険の 居宅サービス (*)の利用 予定 | サービス種類 | 利用頻度 | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | 全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定 | | | 介護保険 以外の福祉 サービス等の 利用予定 | サービス種類 | 利用頻度 | | | 対応状況 | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 | |
| | 介護保険の 居宅サービス (*)の利用 予定 | | サービス種類 | 利用頻度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 週・月()回 1回当たり()時間・日程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 以外の福祉 サービス等の 利用予定 | サービス種類 | 利用頻度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対応状況 | <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他入所申込み に関して特に 留意すべき事項 | (前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |