

特別養護老人ホーム さくらの苑 入所申込書調査票 (在宅生活者用)

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	□ 一般		□ 特例			
介護保険状況	要介護度	□ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 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	□ 第4段階	□ 第3段階②	□ 第3段階①	□ 第2段階 □ 第1段階 □ 申請していない	
	利用者負担割合	□ 1割	□ 2割	□ 3割		
介護の状況	食 事	身長・体重	身長(cm)		体重(Kg)	
		介助の状況	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全部介助			
		食事の内容	(主食) □ 普通 □ 二度炊 □ 粥 □ ミキサー □ その他 (副食) □ 普通 □ 一口大 □ 刻み □ ミキサー □ その他 (治療食) □ 有 () □ 無 嚥下 □ 良 □ 不良 使用食器 □ 有 () □ 無			
	排 泄	介助の状況	(日中) □ 自立 □ 誘導 □ 見守り □ 一部介助 □ 全部介助 (夜間) □ 自立 □ 誘導 □ 見守り □ 一部介助 □ 全部介助			
		排泄の方法	(日中) □ トイレ □ ポータブル □ おむつ □ その他 (夜間) □ トイレ □ ポータブル □ おむつ □ その他 ()			
	入 浴	介助の状況	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全部介助			
		入浴の方法	□ 普通 □ 座浴 □ 特浴 □ その他 ()			
	更 衣	介助の状況	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全部介助			
	体位変換	介助の状況	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全部介助			
	移 動	介助の状況	□ 自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全部介助			
		器具の使用	□ 独歩 □ いざり □ 杖 □ 歩行器 □ 車椅子(自操 □ 可 □ 不可)			
			□ ストレッチャー □ その他 () トランスファー □ 可 □ 一部 □ 不可			
	障害高齢者の日常生活自立度		□ 自立	□ J-1	□ J-2	□ A-1 □ A-2 □ B-1 □ B-2 □ C-1 □ C-2
	【その他介助の状況に関する特記事項】					
	身体状況	視力	□ 普通 □ やや悪い □ 悪い □ 視力がない			
聴力		□ 普通 □ やや悪い □ 悪い □ 聴力がない				
発語		□ 普通 □ やや悪い □ 悪い □ 発語ができない				
障害者手帳等の有無		□ 無 □ 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																		
医療の状況	<p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置(*)があり、常時の看護又は見守りが必要。 *経管栄養、在宅酸素、胃ろう等</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。</p> <p><input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。</p> <p>【疾病又は処置がある場合のその状況】</p> <table border="1" data-bbox="308 398 1437 824"> <thead> <tr> <th data-bbox="308 398 504 461">主な疾病名又は処置名</th> <th data-bbox="504 398 1241 461">治療の状況</th> <th data-bbox="1241 398 1437 461">医療機関名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="308 461 504 533"></td> <td data-bbox="504 461 1241 533"><input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td data-bbox="1241 461 1437 533"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="308 533 504 604"></td> <td data-bbox="504 533 1241 604"><input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td data-bbox="1241 533 1437 604"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="308 604 504 676"></td> <td data-bbox="504 604 1241 676"><input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td data-bbox="1241 604 1437 676"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="308 676 504 748"></td> <td data-bbox="504 676 1241 748"><input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td data-bbox="1241 676 1437 748"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="308 748 504 819"></td> <td data-bbox="504 748 1241 819"><input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度</td> <td data-bbox="1241 748 1437 819"></td> </tr> </tbody> </table> <p>【医療的ケアの要否】</p> <p><input type="checkbox"/> ストーマのケア <input type="checkbox"/> 酸素吸入のケア <input type="checkbox"/> 気管切開のケア <input type="checkbox"/> 点滴</p> <p><input type="checkbox"/> 胃瘻等の経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル</p> <p><input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>【その他疾病又は服薬・処置に関する特記事項】</p>	主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度	
主な疾病名又は処置名	治療の状況	医療機関名																	
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他(頻度:週 回、1回当たり 時間程度																		
認知症の度合い	<p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> なし</p> <p>* 認知症の度合いは、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」(平成5年10月26日老健136号厚生省老人保健福祉局長通知)による。</p> <p>* 「認知症高齢者の日常生活自立度」の記入につきましては、主治医意見書又は最新の医師の判定結果をご記入ください。</p> <p>【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】</p> <table border="1" data-bbox="308 1576 1437 2119"> <tbody> <tr> <td data-bbox="308 1576 427 1794">中核症状</td> <td data-bbox="427 1576 1437 1794"><input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td data-bbox="308 1794 427 2119">周辺症状 精神症状 その他</td> <td data-bbox="427 1794 1437 2119"><input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 多幸 <input type="checkbox"/> 無為・無関心 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 認知機能変動 <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </tbody> </table>	中核症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他	周辺症状 精神症状 その他	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 多幸 <input type="checkbox"/> 無為・無関心 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 認知機能変動 <input type="checkbox"/> その他														
中核症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> その他																		
周辺症状 精神症状 その他	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 多幸 <input type="checkbox"/> 無為・無関心 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性 <input type="checkbox"/> 異常行動 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 認知機能変動 <input type="checkbox"/> その他																		

調査項目	内 容						
生活環境	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。					
介護者の状況	<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(*)】 * 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																											
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状況	<p> <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない </p> <p> 【利用している場合の予定】 </p> <table border="1" data-bbox="386 293 1437 1050"> <thead> <tr> <th data-bbox="386 293 544 327">サービス種類</th> <th colspan="2" data-bbox="544 293 1437 327">利用頻度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="386 327 544 360">介護保険の居宅サービス</td> <td data-bbox="544 327 735 360">週・月()回</td> <td data-bbox="735 327 1437 360">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="386 360 544 394">(*)の利用</td> <td data-bbox="544 360 735 394">週・月()回</td> <td data-bbox="735 360 1437 394">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td data-bbox="386 394 544 427">状況</td> <td data-bbox="544 394 735 427">週・月()回</td> <td data-bbox="735 394 1437 427">1回当たり()時間・日程度</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="386 427 1437 461"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="386 461 1437 495">全サービス合わせて、支給限度額の()%程度利用</td> </tr> <tr> <th data-bbox="386 546 544 580">サービス種類</th> <th colspan="2" data-bbox="544 546 1437 580">利用頻度</th> </tr> <tr> <td data-bbox="386 580 544 831">介護保険以外の福祉サービス等の利用状況</td> <td colspan="2" data-bbox="544 580 1437 831"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="386 831 544 1050">対応状況</td> <td colspan="2" data-bbox="544 831 1437 1050"> <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> * 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>	サービス種類	利用頻度		介護保険の居宅サービス	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	(*)の利用	週・月()回	1回当たり()時間・日程度	状況	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			サービス種類	利用頻度		介護保険以外の福祉サービス等の利用状況			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。	
サービス種類	利用頻度																											
介護保険の居宅サービス	週・月()回	1回当たり()時間・日程度																										
(*)の利用	週・月()回	1回当たり()時間・日程度																										
状況	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																												
サービス種類	利用頻度																											
介護保険以外の福祉サービス等の利用状況																												
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。)																											