

入居申込現況調査票(1)

特別養護老人ホーム 真和の森

記入日 令和 年 月 日

ふりがな				
氏名	男 ・ 女	要介護度		
		認定の有効期間		
		H・R	年 月 日	
		H・R	年 月 日	
住所	〒			
本籍				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)			
家族 の 状 況	連絡先	氏名	住所	
	①身元保証人	年 月 日生	電話 携帯	
	②身元保証人	氏名	住所	
		年 月 日生	電話 携帯	
家族構成	(本人)			
	入居希望の理由(現状経過)			
本 人 の 状 況	既往歴			
	現病			
	かかりつけ医	医院名	主治医	TEL
		医院名	主治医	TEL
	服薬			
		※別にお薬説明書を添付して頂いても結構です。		
	医療的処置 (該当するものを選んでください)	有・無		
		1. 尿カテーテル 2. ストマ(人工肛門) 3. 胃瘻 4. 経鼻経管栄養 5. 酸素療法 6. インシュリン注射(自己注射・他者注射) 7. 褥瘡処置 8. 吸引 9. 疼痛管理 10. 点眼 11. その他()		
	生活歴等			
収入	年金種類	国民・厚生・共済・遺族・その他	その他の収入	
(年金・恩給)	年額	年 / 円		

入居申込現況調査票(2)

認知症等	認知症 有・無 (年齢相応・軽度・中度・重度・不明) ※複数選択可		
	暴言・暴力 (有・無)	徘徊 (有・無)	収集癖 (有・無)
	昼夜逆転 (有・無)	幻視・幻覚 (有・無)	不定愁訴 (有・無)
	不潔行為 (有・無)	介護拒否 (有・無)	異食 (有・無)
	帰宅願望 (有・無)	大声を出す (有・無)	妄想・作話 (有・無)
	上記内容で「有」と答えた箇所に関して、詳細な状況を記載して下さい		
身体機能	身長 cm 体重 kg		
	起き上がり (自立・見守り・一部介助・全介助)	座位保持 (可・支えて可・不可)	
	寝返り (自立・見守り・一部介助・全介助)	立位保持 (可・支えて可・不可)	
	移動手段 (歩行・杖歩行・シルバーカー・サークル歩行器・車椅子)		
	移動動作 (自立・見守り・一部介助・全介助)	※車椅子の場合 (自操可・不可)	
	移乗動作 (自立・見守り・一部介助・全介助)	※ふらつき (有・無)	
	麻痺 (有・無) 部位 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他)		
	拘縮 (有・無) 部位 (右上肢・右下肢・左上肢・左下肢・その他)		
	衣類の着脱 (自立・見守り・一部介助・全介助)		
	言葉 (話せる・聞き取りにくい・単語のみ・不可・言語障害)		
	コミュニケーション (可・時々通じる・簡単な言葉ならば可・ほとんど不可・不可)		
	視力 (普通・あまり見えない・見えない・判断できず)		
	聴力 (普通・大声・補聴器・聞こえない・判断できず)		
	その他		
食事	食事 自立・見守り・一部介助・全介助 (はし・スプーン・フォーク・自助具・エプロン)		
	嚥下 普通・時々むせる・とろみをつける・困難	水分とろみ (有・無)	
	形態 主食 (常食・軟飯・粥・ミキサー)	パン (可・不可)	麺 (可・不可)
	副食 (常食・一口大・刻み・極刻み・ミキサー)		
	義歯 (上・下・一部・無)	好きなもの	嫌いなもの
	禁食 無・嗜好・服薬・その他	品目()	
	療養食 無・塩分・カロリー・その他()	対応内容()	
	その他		
清潔	排泄 自立・見守り・一部介助・全介助		
	日中 トイレ・Pトイレ・尿器・その他 (オムツ・リハビリパンツ・パット・布パンツ)		
	夜間 トイレ・Pトイレ・尿器・その他 (オムツ・リハビリパンツ・パット・布パンツ)		
	入浴 自立・見守り・一部介助・全介助		
	入浴の種類 (特殊浴・中間浴・一般浴・シャワー浴)		
	その他		
睡眠	ベッド・床 センサー使用 (有・無)	夜間帯の様子	
	睡眠 (良眠・浅眠・時折不眠・不眠)		
	眠剤使用 (有・無) 薬名()		
性格等	性格	趣味	嗜好(酒・タバコ)
	本人の希望	家族の希望	