

# 敬愛会入居/利用 申込書 兼 情報提供書

<ご希望するサービスに✓(チェック)をお願いします>

- 特別養護老人ホーム 敬愛ホーム
  特別養護老人ホーム ほゝえみ
  高齢者専用賃貸住宅  
 ウェルケア立川 (グループホーム)
  ウェルケアひだまり (グループホーム)

- 空きが出たらすぐにでも入所したい
  在宅生活の限界がくる可能性による申し込み  
 見学後の申し込み
  申し込みのみ
  とりあえず申し込み (迷っている)  
 ロングのショートステイでも良いので希望したい (ショートステイから入所移行)

申込者名： \_\_\_\_\_ 様 記録日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
記録者 \_\_\_\_\_

ふりがな 氏名				性別	生 年 月 日							
					M・T・S 年 月 日 ( )							
住 所	〒 _____				< 電話 > _____							
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	TEL	携帯							
現住まい	・ 自宅 (上記住所) ・ 入院中： _____ ・ 施設等入居中： (名称) _____			病院 (いつから： _____) (いつから： _____)								
<< 家族構成 >> 主介護者に「主」、副介護者に「副」、同居者を				<< 家族構成 >>								
例				本人 ... ◎ 死亡 ... ■ 男 ... □ 夫婦 ... = 女 ... ○								
要 介 護	1	2	3	4	5	要支援	1	2	被保険者番号			
認定日	年 月 日			有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
負担割合	1割	2割	3割	負担限度額	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階① ・ 第3段階② ・ 第4段階							
医療証等	後期高齢 ・ 国保 ・ 生活保護 ( _____ )				障害自立度	認知症自立度 _____			認知症自立度は判定基準に関わりますのでケアマネ等に確認お願い致します↑↑↑↑			
担当ケアマネ	氏名： _____			事業所名： _____				連絡先： _____				
他 担 当	※ 老健や入院中の場合は担当相談員の氏名：											
医療機関 (主治医)	病院名 _____ ( _____ 科)			医師名： _____ Dr			連絡先： _____			通院頻度： _____ 回 / 週間・月 最終検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
生活暦	出身： _____		兄弟： _____		親の職業： _____		最終学歴： _____					
	結婚日： _____		ご本人の旧姓： _____		子供： _____		出産後の生活： _____					
	慣れ親しんだ場所： _____		身長 (約) _____ cm									
	その他： _____		体重 (約) _____ kg									
趣味・娯楽	過去 ( _____ )			現在 ( _____ )								
飲酒・喫煙	無 ・ 一日 _____ 本程度			やめた (いつごろ： _____)								
日常生活の様子	_____											

ご利用者 ご家族の希望	
----------------	--

現在までの サービス 利用状況	* 今までに老健を利用したことがありますか <input type="checkbox"/> 現在も利用中 <input type="checkbox"/> 1～3回 <input type="checkbox"/> 4回以上 <input type="checkbox"/> 利用経験なし その際に <input type="checkbox"/> 落ち着いている <input type="checkbox"/> 部分的に混乱あり <input type="checkbox"/> 帰宅願望等多めに出してしまった
	* 今までにショートステイの連泊利用状況はどれくらいですか <input type="checkbox"/> 利用経験なし <input type="checkbox"/> 3泊未満 <input type="checkbox"/> 1週間未満 <input type="checkbox"/> 3週間未満 <input type="checkbox"/> 1ヵ月以上経験あり その際に <input type="checkbox"/> 落ち着いている <input type="checkbox"/> 部分的に混乱あり <input type="checkbox"/> 帰宅願望等多めに出してしまった

～健康状態～

既往歴	現病歴

※何年（何歳）にどのような病気、状態なのか。また、急性期の病気や熱、骨折、抜糸等の状況も記載

確認	感染症	MRSA	疥癬	肝炎	その他（
	皮膚疾患	湿疹	水虫	あざ	（部位：
					）

薬の管理 本人 ・ ご家族 ・ その他（ ） ※湿布や目薬もあれば記載お願い致します。

薬名	朝	昼	夕	就	効能

禁忌事項	避けるべき話題（	）
	避けるべき言葉（	）
	避けるべき活動（	）

本人確認	ご利用にあたってご本人に説明をしましたか	Yes	No
	ご本人に同意を得られましたか	Yes	No
	ご本人の利用意欲はありますか	有	無

～身体状況～

☑チェックは分かる範囲で構いませんのでよろしくお願い致します。

視力	無・眼鏡	右：	・普通に見える	・大きな字なら見える	・物の形がぼんやり見える	・全く見えない
		左：	・普通に見える	・大きな字なら見える	・物の形がぼんやり見える	・全く見えない
聴力	無・補聴	右：	・普通に聞こえる	・大声なら聞こえる	・耳元でないとも聞こえない	・全く聞こえない
	無・補聴	左：	・普通に聞こえる	・大声なら聞こえる	・耳元でないとも聞こえない	・全く聞こえない
言語	・普通に話せる ・やや舌がもつれる ・単語（幼児語）程度 ・全く話せない					
コミュニケーション	・会話は良好 ・普通 ・通じにくい ・筆談やジェスチャーで通じ ・困難					
麻痺	・無	・有	（ ）			
拘縮	・無	・有	（ ）			
食事	摂取：	・自立	・見守り	・一部介助	・全介助	〔 ・疲れてしまう ・こぼしがある ・意欲無 ・理解無 ・依存 ・遊び 〕
	用具：	・箸	・スプーン	・自助具		
		*自立から全介助を含め摂取時間は 約 分				
	<主食>	・常食	・粥	・ミキサー		
	<副食>	・常菜	・刻み	・ミキサー		
	義歯：	上	・無	（自歯・無）	・有	{ 全 ・ 一部 ・ 部：（ ） }
		下	・無	（自歯・無）	・有	{ 全 ・ 一部 ・ 部：（ ） }
嚥下：	・良 ・悪 （とろみがあれば可 ・とろみでもむせる）					
嗜好：	好： 嫌： アルギー：					
排泄	尿意：	・有	・無	（ ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ）		
	形態：	トイレ ポータブル おむつ その他				
	頻度：	・少ない	・普通	・頻回		
	便意：	・有	・無	（ ・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助 ）		
	形態：	トイレ ポータブル おむつ その他				
	便秘：	・無	・有	（内服薬服用 ・浣腸）		
	日中：	下着	・リハパン	・パッド	・紙オムツ	・その他
夜間：	下着	・リハパン	・パッド	・紙オムツ	・その他	
入浴	洗身：	・自立	・見守り	・一部介助	（届かない・洗い直し・全介助（意欲無・理解無・動かない）	
	着脱：	・自立	・見守り	・一部介助	・全介助（意欲無・理解無・動かない）	
	洗髪：	・自立	・見守り	・一部介助	（届かない・洗い直し・全介助（意欲無・理解無・動かない）	
	形態：	・一般浴 ・リフト浴、器械浴（身体的理由・環境的理由・介護者の理由）				
	*自立から一部介助を含め1回の入浴時間は 約 分					
移動	屋内	・自立	・見守り	・一部介助	・全介助	補助具： 杖 歩行器 車椅子
	屋外	・自立	・見守り	・一部介助	・全介助	補助具： 杖 歩行器 車椅子
	転倒	・無し	・ときどき	・頻繁	（ ）	
起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助（意欲があれば可・意欲無・動かない）					
寝返り	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助（意欲があれば可・意欲無・動かない）					
移乗	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助（意欲があれば可・意欲無・動かない）					
立位保持	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助（意欲があれば可・意欲無・動かない）					
	*掴まれば可も含み一人で立位保持できる時間 約 秒 ・ 分					
立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助（意欲があれば可・意欲無・動かない）					
座位保持	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助（意欲があれば可・意欲無・動かない）					

～精神状態～

性 格	・明るい ・社交的 ・穏やか ・おおらか ・積極的 ・無気力 ・内向的 ・無口 ・怒りやすい ・頑固 ・神経質 ・依存的 その他 ( )
対 人 関 係	・普 通 ・拒否的である ・協調的である ・その他 ( )
認 知 症	・無 ・有 ( 軽度 ・中度 ・重度 ) ( 脳血管 ・アルツハイマー ・他 )
精 神 状 態	・正常 ・部分的に精神障害が見られる ・全般的に精神障害が見られる
	記憶障害： ・軽度 ・中度 ・重度 ( )
	失 見 当： ・軽度 ・中度 ・重度 ( )

～周辺症状～

ア、 自分の名前が	1 ・いえる	2 ・いえない	
イ、 今の季節が	1 ・わかる	2 ・わからない	
ウ、 今日の日がちが	1 ・わかる	2 ・わからない	
エ、 物を取られた等の被害的になる事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
オ、 作話をし周囲に言いふらす事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
カ、 実際にないものが見えたり、聞こえたりする事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
キ、 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
ク、 夜間不眠あるいは昼夜逆転が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
ケ、 暴言や暴行が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
コ、 しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
サ、 大きな声を出す事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
シ、 助言や介護に抵抗する事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
ス、 目的もなく動き回る事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
セ、 「家に帰る」等と言いつつ落ち着きがない事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
ソ、 一人で外に出たがり目が離せない事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
タ、 いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
チ、 物や衣類を壊したり、破いたりする事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
ツ、 不潔な行為を行う(弄ぶ)事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
テ、 食べられない物を口に入れる事が	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある
ツ、 ひどい物忘れが	1 ・ない	2 ・ときどきある	3 ・ある

特記事項 (ご本人やご家族の生活全般についての追加事項、気になる事、疑問に思うこと等をお書きください。)