

郁慈会施設入所申込書

令和 年 月 日

- 特別養護老人ホーム (郁慈苑・郁徳苑・郁愛苑・郁楽苑)
 老人保健施設 ユートピア・ゆり

居宅介護事業所名	
担当ケアマネージャー	

利用者 (本人)	フリガナ				印	男・女
	氏名					
	住所	〒 -			Tel () -	
	生年月日	M・T・S 年 月 日			年齢 才	
	介護度	1 2 3 4 5			有効期間	平成 年 月 日
	被保険者番号					平成 年 月 日
	負担割合	1割・2割		負担限度額認定	第 段階	
	居宅サービス 利用状況	ヘルパー派遣 (週 回)		ディサービス (週 回)	ディケア (週 回)	
		ショートステイ (月 日)		訪問看護 (週 回)	訪問入浴 (週 回)	
現居所	自宅・病院・施設 (年 月 日)					
申込者 (介護者)	フリガナ				印	男・女
	氏名					
	住所	〒 -			Tel () -	
連絡先	① 氏名		続柄 ()	携帯 ()	-	
	② 氏名		続柄 ()	Tel ()	-	
受診内容 (現病)	主治医	(科)	(医師)	既往歴		
	他科受診:	(科)		年		
		(科)				
		(科)				
内服等: (薬情添付: 有・無)						
<p>要介護1又は2の方で特別養護老人ホームへ入所するためには、下記のいずれかに該当することが必要です。該当すると思われる項目に☑を付けて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症であり、日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる</p> <p><input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である</p> <p><input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である</p>						
備考					利用申込受付	
					印	

	1	2	3	4	備考	特記事項
食 事	できない 経管栄養 ()	全介助 手伝っている (口まで持っていけば食べる)	一部介助 できるが、食べこぼし むせが多い 時間がかかる	一人でできる	使う物 ・箸・スプーン ・フォーク 水分トロミ (有・無)	主食 米飯・軟飯・粥・ ミキサー 副食 普通・一口大・キザミ・ ミキサー・ソフト食 アレルギー症 () 入れ歯(上 下)
排泄	尿意(有・無) 便意(有・無) ・ストーマ ・バルンカテーテル	全介助	一部介助	一人でできる	・布パンツ ・紙パンツ ・パット ・オムツ	
着 替 え	全介助 出来ない	一部介助 手伝っている	見守り・声かけ すればできる	一人でできる	麻痺・拘縮 (有・無) 部位 ()	床ずれ (有・無) 部位 ()
入 浴	清拭のみ 特浴・チェア浴・ 一般浴・ シャワーのみ	浴槽の出入り 1) 全介助 2) 一部介助 3) 自立	洗身 1) 全介助 2) 一部介助 3) 自立	洗髪 1) 全介助 2) 一部介助 3) 自立		
移 動	車椅子 移乗 自立・一部介助 全介助 ()	移動 自操・一部介助・全介助 ()	立位保持(可・不可) ()		転倒歴 多い 回/週	
	歩行 できない	体の一部を支えれば何とか出来る	何かにつかまれば出来る (杖・シルバーカー・歩 行器)	何も使用せず出来る	時々 回/月 殆どない	
意 義 の 伝 達	できない	はい・いいえなどの 意思表示は出来る	その場の会話は出来る が憶えていない	日常会話は十分可能		
聴 力	聞こえない 判断不能	耳元で大きな声であ ればわかる	聞こえるが聞き直 しが多い	よく聞こえる	補聴器 右・左 (有・無)	
視 力	見えない 判断不能	見えにくい 室内は一人歩きできる	視力のみで大抵の人の 区別がつく	手仕事・読書が 出来るくらいよく見える	眼鏡 (有・無)	
認 知 症	有・無	問題行動 (徘徊・不穏・攻撃・不潔行為) 精神状態 (正常・心気症状・鬱・興奮・幻覚・妄想・睡眠障害)				

家族構成(左づめとする) <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 塗りつぶし(死亡) 	利用を希望される理由:	生活歴:	

入所時期	<input type="checkbox"/> 今は必要ないが、将来的に利用したい
	<input type="checkbox"/> 順番がきたら利用したい <input type="checkbox"/> 老健を利用しながら入所を待ちたい
	<input type="checkbox"/> 大変急いで困っている

★担当介護支援専門員等への問い合わせに 同意 (する ・ しない)