

ケアハウスセントヒルズ

入居申込書

申込日 _____

入居希望者	性別		生年月日		年齢
	様				歳
住所	〒 _____		TEL _____		_____

身元保証人	関係		緊急連絡先	
	様		TEL _____	
住所	〒 _____		TEL _____	

◆介護保険情報

要介護認定	保険者	
認定日	有効期間	~
担当ケアマネジャー	担当者名	事業所名
現在の生活場所	その他 (_____)	

◆家族状況

配偶者	その他の同居人	(_____)
-----	---------	-----------

◆収入状況

受給年金	利用料の支払い
------	---------

◆医療情報

現病名			
薬の有無			
医療機関			
診療科			
主治医			
連絡先			
受診頻度			
薬名			

◆既往歴

--

◆身体状況

体格		身長	cm	体重	kg			
食事水分摂取	主食	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> おにぎり	<input type="checkbox"/> 五分粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> パーセント	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 極キザミ	<input type="checkbox"/> パーセント	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	食事の形態	<input type="checkbox"/> 糖尿食 () kca		<input type="checkbox"/> 減塩食 () g		<input type="checkbox"/> たんぱく制限食 () kcal		
	禁食・アレルギー	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり ()				
	使用器具	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自助具	<input type="checkbox"/> エプロン	<input type="checkbox"/> 介護食器	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	嚥下 (飲み込み)	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少しむせる	<input type="checkbox"/> むせが多い	<input type="checkbox"/> 水分のみむせる	<input type="checkbox"/> 嚥下できない		
	食事の摂取介助	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
排泄	排泄方法	日中	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他	
		夜間	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他	
	排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		排便	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	失禁	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり (尿 ・ 便)				
入浴清拭	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> ミスト浴	<input type="checkbox"/> 清拭のみ	<input type="checkbox"/> その他	
	洗身	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
洗面	洗面	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	洗面道具	<input type="checkbox"/> 洗面器	<input type="checkbox"/> タオル	<input type="checkbox"/> 蒸しタオル	<input type="checkbox"/> その他	場所	<input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> ベッド	
口腔衛生	口腔衛生	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	口腔衛生道具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤	<input type="checkbox"/> ガーグル	<input type="checkbox"/> その他			
	義歯	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	場所	<input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> ベッド			
整容更衣	更衣動作	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	整髪	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	爪切り	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	耳掃除	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	ひげ剃り	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
基本動作	麻ひ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 上肢 (右 ・ 左)	<input type="checkbox"/> 下肢 (右 ・ 左)				
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 上肢 (右 ・ 左)	<input type="checkbox"/> 下肢 (右 ・ 左)				
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	座位	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	立ちあがり	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	立位時ふらつき	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	床ずれ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	移動	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行者・シルバーカー	<input type="checkbox"/> 転倒歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 普通型車椅子	<input type="checkbox"/> リクライニング車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> その他				
心理社会面	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 明暗のみ	<input type="checkbox"/> 全盲			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや遠い	<input type="checkbox"/> 大声で	<input type="checkbox"/> 聞こえない			
	会話・発語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不明瞭	<input type="checkbox"/> 単語のみ	<input type="checkbox"/> 理解不能			
	精神状態	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 不安定	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 精神障害			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> ある程度可	<input type="checkbox"/> 一部のみ可	<input type="checkbox"/> できない			
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> あいまい	<input type="checkbox"/> できない				
	行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行	<input type="checkbox"/> 不潔行為			
		<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 作話	<input type="checkbox"/> 感情失禁			
		<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 大声・奇声	<input type="checkbox"/> 帰宅願望			
		<input type="checkbox"/> 夜間不眠・昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 助言・介護への抵抗					
<input type="checkbox"/> 異食		<input type="checkbox"/> 性的迷惑行為	<input type="checkbox"/> 同じ訴えの繰り返し					

◆保険・収入状況

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()				
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (等級 種 級) 障害名 ()				
収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 金額 (月 円)				
	<input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> その他 () 金額 (月 円)				
	<input type="checkbox"/> 生活保護 () <input type="checkbox"/> 家族の援助等 () 金額 (月 円)				
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯	<input type="checkbox"/> 夫婦のみ	<input type="checkbox"/> 家族と同居	<input type="checkbox"/> 世帯分離	<input type="checkbox"/> 扶養されている <input type="checkbox"/> 扶養されていない

◆在宅サービス利用状況

在宅サービスの種類	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー (週 回)	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回)	<input type="checkbox"/> 入浴サービス (週 回)
	<input type="checkbox"/> デイサービス (週 回)	<input type="checkbox"/> 給食サービス (週 回)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (週 回)
	<input type="checkbox"/> 短期入所 () <input type="checkbox"/> その他 ()		

◆生活習慣等

嗜好	たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本)
	アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (ビール、日本酒、ウィスキー、ワイン、焼酎、1日 ml)
趣味	
対人関係	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 否定的 <input type="checkbox"/> 集団生活適応可 <input type="checkbox"/> 孤独
性格	<input type="checkbox"/> 温厚 <input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 我慢強い <input type="checkbox"/> 真面目 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 大人しい <input type="checkbox"/> 頑固
	<input type="checkbox"/> 暗い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> うるさい <input type="checkbox"/> 悲観的 他 ()

◆入居生活援助に関してのご家族からの要望

病気健康面についての要望	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
日常生活面(精神面)の要望	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
その他の要望	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>