社会福祉法人 敬愛園
入居申込書別表

記入年月日
入所希望者
記入者　　(続柄)

介護必要度

該当するものにレ点をつけて下さい

移動	介護の必要なし	杖や歩行器を使えば歩ける	車椅子を自分で操作	転倒の危険性あり目を離せない	車椅子に乗っても操作できない	ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ車椅子かﾍﾞｯﾄﾞ上
食事	介護の必要なし	道具などを使えば出来る	少し介助が必要	大部分に介助が必要	飲み込みの際頻繁にむせる	胃瘻・鼻腔などの経管栄養
入浴	介護の必要なし	そばで見守る程度で可能	浴槽の出入りに介助を要する	洗身や洗髪に介助を要する	出入り、洗髪等全て介助	特殊機械浴槽が必要
排泄	介護の必要なし	時間毎の声かけ等を要する	少し介助が必要	大部分に介助が必要	ｵﾑﾂや尿とりパットを使用する	カテーテルを要する
コミュニケーション	日常生活において問題ない	気分により波がある	特定の事柄なら可能	出来ない時の方が多い	ほとんど出来ない	意思疎通は不可能
認知症行動	同じ話の繰り返し	必要以上の排泄の訴え	必要以上の空腹の訴え	昼夜逆転のため夜間不眠	大声を出す怒鳴る	幻覚・妄想
	物を壊す・投げる叩く	人に対する暴言・暴力	食べ物以外のものを食べる	徘徊のため目が離せない	該当なし	
認知症自立度	認知症高齢者の日常生活自立度　□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ⅴ 注）担当のケアマネージャー又は主治医に確認して下さい。					
現在の介護サービス	□通所介護　□通所リハ　□訪問介護　□訪問看護　□訪問入浴　□短期入所　□小多機　□看多機					

【特記事項】　※上記以外で特に介護が必要な事情

【経済状況】　年金受給　□あり　□なし　　生活保護受給　□あり　□なし
介護保険負担割合　□１割　□２割　□３割

医療状況

医療機関	□ 入院　□ 通院	主治医	
医療処置	□透析　□胃瘻　□経鼻経管　□喀痰吸引　□ｲﾝｼｭﾘﾝ注射　□褥瘡　□在宅酸素 □導尿　□尿管留置カテーテル　□点滴　□ストマ　□骨粗鬆症の注射 □その他（　　）□該当なし		

【現在治療中の疾患・特記事項】

介護者(家族等)の状況

介護者1 (主介護者)	ﾌﾘｶﾞﾅ		年齢	歳	同居・別居
	氏名		続柄		
	住所	〒			
	育児・就労・複数介護	□　無し　□　有り			
	疾病や障害のため	□　介護困難　□　多少困難　□介護可能			
介護者2 (介護協力者)	ﾌﾘｶﾞﾅ		年齢	歳	同居・別居
	氏名		続柄		
	住所	〒			
その他の介護協力者	□　ほとんどなし　□　随時あり　□　常時あり				

【入所を希望する理由を記入してください】
（例：病院や施設から退所を求められている／自宅の住環境が介護に適さない／遠距離介護／等）

※在宅介護を受けている方は、ｻｰﾋﾞｽ利用票・別表の写しを一緒に提出して下さい。