

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 <input type="checkbox"/>	杖や歩行器を使えば歩ける <input type="checkbox"/>	車椅子を自分で操作 <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり <input type="checkbox"/>	車椅子に乗っても操作できない <input type="checkbox"/>	リクライニング車椅子かベッド上 <input type="checkbox"/>
食事	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	道具などを使えば出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が必要 <input type="checkbox"/>	飲み込みの際頻繁にむせる <input type="checkbox"/>	胃瘻・鼻腔などの経管栄養 <input type="checkbox"/>
入浴	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	そばで見守る <input type="checkbox"/>	浴槽の出入りに介助を要する <input type="checkbox"/>	洗身や洗髪に介助を要する <input type="checkbox"/>	出入り、洗髪等全て介助 <input type="checkbox"/>	特殊機械浴槽が必要 <input type="checkbox"/>
排泄	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	時間毎の声かけ等を要する <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が必要 <input type="checkbox"/>	オムツや尿とりパットを使用する <input type="checkbox"/>	カテーテールを要する <input type="checkbox"/>
コミュニケーション	日常生活において問題ない <input type="checkbox"/>	気分により波がある <input type="checkbox"/>	特定の事柄なら可能 <input type="checkbox"/>	出来ない時方が多い <input type="checkbox"/>	ほとんど出来ない <input type="checkbox"/>	意思疎通は不可能 <input type="checkbox"/>
認知症行動	同じ話の繰り返し <input type="checkbox"/>	必要以上の排泄の訴え <input type="checkbox"/>	必要以上の空腹の訴え <input type="checkbox"/>	昼夜逆転のため夜間不眠 <input type="checkbox"/>	大声を出す怒鳴る <input type="checkbox"/>	幻覚・妄想 <input type="checkbox"/>
	物を壊す・投げる <input type="checkbox"/>	人に対する叩く <input type="checkbox"/>	食べ物以外のものを食べる <input type="checkbox"/>	徘徊のため目が離せない <input type="checkbox"/>	該当なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					
<p>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。</p> <p>現在の介護サービス</p> <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 小多機 <input type="checkbox"/> 看多機						
<p>【特記事項】 ※上記以外で特に介護が必要な事情</p> <p>【経済状況】 年金受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 生活保護受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割</p>						

医療状況

医療機関	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院		主治医	
医療処置	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 咳痰吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 尿管留置カテーテル <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の注射 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 該当なし			
<p>【現在治療中の疾患・特記事項】</p>				

介護者(家族等)の状況

介護者1 (主介護者)	フリガナ	年齢	歳	同居・別居
	氏名	続柄		
	住所	〒		
育児・就労・複数介護		<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	
疾病や障害のため		<input type="checkbox"/> 介護困難	<input type="checkbox"/> 少多少困難	<input type="checkbox"/> 介護可能
介護者2 (介護協力者)	フリガナ	年齢	歳	同居・別居
	氏名	続柄		
	住所	〒		
その他の介護協力者	<input type="checkbox"/> ほとんどなし	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> 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、サービス利用票・別表の写しと一緒に提出して下さい。