

# 入所申込者状況票

整理番号		希望者氏名		記入者氏名		
現況	独居・高齢者世帯・家族同居(二世帯同居・三世帯同居・その他) 入院中(病院名) 入所中(施設名)					
介護の状況	主たる介護者氏名		続柄		年齢	
	就労の状況等	就業中・共働き・育児中・無職・その他( )				
	介護期間	年 月頃より	その他の介護者	無・有( )名		
	相談窓口	無・有 介護事業所・市町村・その他( ) 居宅介護支援事業者名( ) ケアマネジャー名( )				
住環境	区分	持ち家 階(エレベーター 無・有)・借家 階(エレベーター 無・有)				
	住宅改修	可・不可・改修済( )				
	立地等	在宅利用サービスに問題点 無・有(送迎・訪問・その他)				
入所に至る経過	※申込に至るまでにどのような出来事があったか解る範囲でお願いします					
生活歴	出生地		最終学歴			
	職歴		結婚歴	有・無	子供の数 人	
	趣味嗜好	好きな物		嫌いな物		
		好きな事		嫌いな事		
社会との関係	健康保険	後期高齢・国保・社保・共済・その他( )				
	身体障害者手帳	無・有 種 級	取得日			
	その他の手帳	障害名				
	年金種類	厚生( )・国民( )・恩給( )・その他( )				
	年 収	年金 万円・その他 万円				
家族構成	本人	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	
		電 話 番 号				
【介護上での悩み・困っていること】						

# 入所申込者状況票

生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー・その他( )		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主食(普通・粥・ミキサー)		介助	自立・一部介助・全介助		
		副食(普通・刻み・極刻み・ミキサー)					
		箸・スプーン・フォーク・手づかみ・経管栄養		義歯	無・有(上・下)		
		普・減(kcal) 治療食(注意事項)					
	更衣			介助	自立・一部介助・全介助		
	整容			介助	自立・一部介助・全介助		
	排泄	尿意	無・有	便意	無・有	介助	自立・一部介助・全介助
		昼間	トイレ・ポータブル・尿器・パッド・紙おむつ・カテーテル・人工膀胱・人工肛門				
		夜間	トイレ・ポータブル・尿器・パッド・紙おむつ・カテーテル・人工膀胱・人工肛門				
入浴	歩浴・座浴・寝浴・その他		介助	自立・一部介助・全介助			
送迎時の介助	車椅子(要・不要)・ストレッチャー(要・不要)		介助	自立・一部介助・全介助			
健康状況	身長	cm	体重	kg			
	視力	普通・見えにくい(右・左)・見えない(右・左)		眼鏡	無・有		
	聴力	普通・聴こえにくい(右・左)・聴こえない(右・左)		補聴器	無・有		
	言語	普通・分かりにくい・分からない・失語症					
	床上動作	座位保持(可・不可)・立位保持(可・不可)・寝返り(可・不可)					
	精神認知症状 周辺症状	無	物忘れ:重度・中度・軽度 失見当(場所・時間・人間):重度・中度・軽度				
		有	徘徊・感情の異常・幻覚・妄想・独語 迷い人・失禁・自傷行為・火の不始末・不潔行為・不穏興奮・攻撃的行為 その他( )				
	性格	朗らか・親しみ易い・几帳面・凝り性・頑固・わがまま・短気・無口・融通が利かない 人の目を気にする・人に溶け込めない・好き嫌いが多 その他( )					
	現疾患			病歴			
	主治医			電話	—		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素 その他( )					
	感染症	無・有( )		アレルギー	無・有		
	皮膚刺激	普通・弱い		拘縮	無・有		
	便秘	無・有(服薬: 無・有)		褥瘡	無・有		
	睡眠	良・不良(服薬: 無・有)		湿疹	無・有		
嚥下	異常なし・むせる・詰まる		口腔状況	良・不良			
麻痺	無・右(上肢・下肢)・左(上肢・下肢)・体幹						
【入所後の施設サービスに対する要望】							

# 入所申込者状況票

種	<b>記入例</b>	希望者氏名	〇〇 〇〇		記入者氏名	〇〇 ▲▲		
現況	<input checked="" type="checkbox"/> 独居・高齢者世帯・家族同居(二世帯同居・三世帯同居・その他) ) 入院中(病院名 ) 入所中(施設名 )							
介護の状況	主たる介護者氏名	〇〇 □□	続柄	妻	年齢	78		
	就労の状況等	就労中・共働き・育児中・ <input checked="" type="checkbox"/> 無職・その他( )						
	介護期間	平成17年 5月頃より	その他の介護者 ( <input checked="" type="checkbox"/> 無・有( )名					
	相談窓口	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 介護事業所・市町村・その他( ) 居宅介護支援事業者名( ■■■ 介護支援センター ) ケアマネジャー名( ◆◆ )						
住環境	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 持ち家 2階(エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 無・有)・借家 階(エレベーター 無・有)						
	住宅改修	可・不可・改修済( )						
	立地等	在宅利用サービスに問題点 ( <input checked="" type="checkbox"/> 無・有(送迎・訪問・その他) )						
入所に至る経過	※申込に至るまでにどのような出来事があったか解る範囲でお願いします <b>【例】</b> 5年前に物忘れがひどくなり、アルツハイマー型認知症と診断を受ける。少しずつ自分の事ができなくなり、デイサービスやショートステイを利用しながら、自宅での生活を続けてきたが、H22年5月転倒し右足骨折し、〇〇病院へ入院。歩行ができなくなる。退院してきたが、介護者も高齢であり、介護の負担が大きい為、施設入所を希望。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">お申込みに至るまでにどのような出来事があったかわかる範囲でご記入ください</div>							
生活歴	出生地	愛知県蒲郡市	最終学歴	尋常小学校				
	職歴	〇〇製作所	結婚歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	子供の数	2人		
	趣味嗜好	好きな物	甘いもの	嫌いな物	納豆			
		好きな事	裁縫	嫌いな事	なし			
社会との関係	健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢・国保・社保・共済・その他( )						
	身体障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有 種 級		取得日				
	その他の手帳	障害名						
	年金種類	厚生( <input type="checkbox"/> )・国民( )・恩給( )・その他( )						
	年収	年金 〇〇〇 万円・その他 万円						
家族構成		氏名	続柄	年齢	職業	電話番号		
		〇〇 □□	夫	85	無職	〇〇 - 〇〇〇〇		
		〇〇 ▲▲	長男	50	会社員	△△ - △△△△		
		▽▽ ××	長女	48	会社員	□□ - □□□□		
	男…□ 女…○							
<b>【介護上での悩み・困っていること】</b> <b>【例】</b> 認知症が進行しており、目が離せない。介護者も高齢の為、在宅での介護に限界がある。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">現在もしくは将来的に、困っている事など記入してください。</div>								

# 入所申込者状況票

生活状況	移動	歩行(杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー・その他( ))		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主食(普通・粥・ミキサー)		介助	自立・一部介助・全介助		
		副食(普通・刻み・極刻み・ミキサー)		義歯	無・有(上・下)		
	更替	治療食(注意事項)		介助	自立・一部介助・全介助		
				介助	自立・一部介助・全介助		
	排泄	尿意	無・有	便意	無・有	介助	自立・一部介助・全介助
		日間	トイレ・ポータブル・尿器・ベッド・紙おむつ・カテーテル・人工膀胱・人工肛門				
	夜間	トイレ・ポータブル・尿器・ベッド・紙おむつ・カテーテル・人工膀胱・人工肛門					
	入浴	髪浴・座浴・寝浴・その他		介助	自立・一部介助・全介助		
	送迎時の介助	車椅子(要・不要)・ストレッチャー(要・不要)		介助	自立・一部介助・全介助		
身体・健康状況	身長	150cm	体重	45kg			
	視力	普通・見えにくい(右・左)・見えない(右・左)		眼鏡	無・有		
	聴力	普通・聴こえにくい(右・左)・聴こえない(右・左)		補聴器	無・有		
	言語	普通・分かりにくい・分からない・失語症					
	床上動作	座位保持(可・不可)・立位保持(可・不可)・寝返り(可・不可)					
	精神認知症状 周辺症状	無	物忘れ: 重度・中度・軽度 失見当(場所・時間・人間): 重度・中度・軽度				
		有	徘徊・感情の異常・幻覚・妄想・独語 迷い人・失禁・自傷行為・火の不始末・不潔行為・不穏興奮・攻撃的行為 その他( )				
	性格	朗らか・親しみ易い・几帳面・凝り性・頑固・わがまま・短気・無口・融通が利かない 人の目を気にする・人に溶け込めない・好き嫌いが多 その他( )					
	現疾患	高血圧 糖尿病	現在、診断を受けている病気を記載してください		病歴	過去に診断を受けた病歴を記載してください	
		主治医		〇〇病院 ××医師	電話	〇〇 - 〇〇〇〇	
医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工膀胱・人工肛門・インシュリン・在宅酸素 その他( )						
感染症	無・有( )		アレルギー	無・有 鯖アレルギー			
皮膚刺激	普通・弱い		拘縮	無・有			
便秘	無・有(服薬: 無・有)		褥瘡	無・有			
睡眠	良・不良(服薬: 無・有)		湿疹	無・有			
嚥下	異常なし・むせる・詰まる		口腔状況	良・不良			
麻痺	(無)・右(上肢・下肢)・左(上肢・下肢)・体幹						
【入所後の施設サービスに対する要望】							
<p>【例】 本人が楽しく、安心して過ごせるようにして欲しい。</p> <p>入所後、施設に対してどのような希望・要望があるか記入してください</p>							