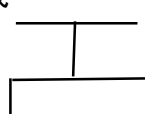


*施設記入欄

入所申込書兼判定資料

記入日 令和 年 月 日

ふりがな				性別	介護度	介護保険初回認定日	
名前							
生年月日	T S	年	月	日	年齢		介護保険 証有効期 限 ～ 年 月 日 年 月 日
住所	〒						
キーパーソン(KP)	ふりがな			続柄	電話		
	氏名				携帯		
	住所	〒					
介護支援 専門員	事業所名				担当者		
	住所	〒			TEL FAX		
現在の状況	☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 他施設						
	病院 施設名			担当 者		連絡先	
申込理由							
既往歴	病名	発症年月日	病名	発症年月日	病名	発症年月日	
	病名	発症年月日	病名	発症年月日	病名	発症年月日	
	病名	発症年月日	病名	発症年月日	病名	発症年月日	
現病名					家族構成 		
施設での生活 に対する要望	ご本人： ご家族：						
被保険者情報				*相談員記入欄			
☐ 国保 ☐ 後期高齢者医療 ☐ 医療限度額認定証							
☐ 特定疾病医療受給者証 ☐ 身体障害者手帳 ☐ マル障受給証							
☐ 介護限度額認定証 ☐ 負担軽減確認証 ☐ 生活保護							
認知症高齢者 日常生活自立度	障害高齢者 日常生活自立度	薬	住所変更				
		☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	記入者 記入年月日 R 年 月 日			

特別養護老人ホーム藤香苑

介護上の留意点 【入所判定会】

氏名

身長

cm

体重

kg

入 所 希 望 者 本 人 の 状 態	該当項目を塗りつぶして下さい■	食 事	状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 ☐ 摂取不可						
			食事形態	主食 ☐ 常食 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー粥 ☐ その他(☐ 胃瘻 ☐ 鼻腔 ☐ CV) 副食 ☐ 常食 ☐ 軟菜 ☐ ソフトS(刻み) ☐ ペースト トロミ剤の使用 (☐ 無 ☒ 有) ☐ 普通食 ☐ 療養食(☐ 心臓 ☐ 糖尿病 ☐ 腎臓病 ☐ 貧血 ☐ 脂質異常症) (・水分摂取量 CC/日 ・塩分 g/日 ・摂取カロリー kcal/日)						
				嚥下	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 毎回むせる ☐ トロミ剤の使用 ☐ 無 ☒ 有					
				義歯	☐ なし ☐ 総義歯(☐ 上のみ ☐ 下のみ ☐ 上下)部分義歯(☐ 上のみ ☐ 下のみ ☐ 上下)					
				アレルギー	☐ 無 ☐ 有食品名()					
			用具	☐ 無 ☐ 有用具名()						
			排 泄	状態	☐ 自立 ☐ 誘導(☐ 一部介助・ ☐ 見守り) ☐ 全介助					
				尿意	尿意 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない排泄回数 回/日					
		便意		便意 ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない排便回数 回/日 ☐ 便秘						
下着		☐ 布パンツ ☐ オムツ(☐ 昼 ☐ 夜)リハビリパンツ(☐ 昼 ☐ 夜)パット(☐ 昼 ☐ 夜)								
場所		☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ ベット上								
入 浴		状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助							
		方法	☐ 浴槽 ☐ 訪問入浴サービス ☐ 施設一般浴 ☐ 施設機械浴 ☐ 座位型 ☐ 臥床型 ☐ シャワー)							
		更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助							
		洗身・洗髪	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助							
		拒否	☐ 無 ☐ 時々ある ☐ 強くある							
動 作 等		移動	☐ 自立歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行者(☐ 安定 ☐ 不安定) ☐ 車椅子(☐ 自操 ☐ 可 ☐ 不可)							
		移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助							
		立位	☐ 安定 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不安定 ☐ 不可							
		座位	☐ 安定 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不安定 ☐ 不可							
		寝返り	☐ 可 ☐ つかまれば可 ☐ 不可							
		外出	☐ まれである ☐ しない ☐ 寝たきり							
		身 体 状 況	視力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 人の動きがわかる程度 ☐ 見えない(☐ 右 ☐ 左) ☐ 眼鏡の使用						
聴力			☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 大声は聞こえる ☐ 聞こえにくい(☐ 補聴器使用)聞こえない(☐ 左 ☐ 右)							
言語			☐ 話せる ☐ 聞き取りにくい ☐ 話せない							
意思			☐ 疎通できる ☐ ある程度できる ☐ 疎通できない							
褥創			☐ 無 ☐ 有位部：程度：その他の皮膚症状()							
麻痺			☐ 無 ☐ 有(☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他)							
整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 (☐ 洗濯 ☐ 歯みがき ☐ 整髪 ☐ 爪切り ☐ 髭剃り) ☐ 全介助									
睡眠	☐ 良眠 ☐ 眼れないことが多い ☐ 不眠睡眠薬の使用(☐ 有 ☐ 無)									
嗜好品等	飲酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む(量) * 施設では提供しません。									
	タバコ ☐ 吸わない ☐ 吸う(本/日) * 施設は禁煙です。									
認 知 症 ・ 精 神 の 状 態	該 当 項 目 に チ ェ ッ ク	認知症	☐ 無 ☐ 有(診断名 年 月 日)							
		精神科受診	☐ 無 ☐ 有(診断名 時期 年 月 日)							
		行動障害	☐ 常時徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 異色(食物以外のものを口に入れる) ☐ 意思疎通 ☐ 介護抵抗 ☐ 脱衣 ☐ 自傷(自分を傷つける行為) ☐ 収集癖 ☐ 夜間徘徊 ☐ 他傷(他人を傷つける) ☐ 過食 ☐ 拒食 ☐ 声出し ☐ 暴言 ☐ 暴力 ☐ 頻尿 ☐ 不快な音を立てる ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 被害妄想 ☐ 昼夜傾眠 ☐ 自殺願望 ☐ セクハラ(性的逸脱行為) ☐ ひどい物忘れ ☐ 直ぐにカッとなったリイライラする ☐ 幻聴・幻覚 ☐ 夜間せん妄 ☐ 火の不始末(日常の不安) ☐ その他() R 年 月 日 聞き取り(相談員：)							