

入居申込書

記入日 年 月 日

利用者本人	フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和 年 月 日	才	男・女
	氏名					
	住所	〒 -		電話		
	現在の居住場所	家庭・一般病院・老人病院・施設		身体障害者手帳	無・有	級
	健康保険種類	社保・国保・共済・その他		老人医療受給者番号		
	介護保険被保険者番号			要介護度	要支援 2・1・2・3・4・5	
	主治医又は病院名			主な病名		
病院への入院期間	年 月 日		～	年 月 日		
保証人	フリガナ		生年月日	明治・大正 昭和 年 月 日	才	男・女
	氏名					
	利用者本人との続柄					
	住所	〒 -		電話		
				携帯		
	職業		勤務先			
	勤務先電話番号					
家族構成	氏名	年齢	続柄	職業		

*利用者の身体状況

身体状況	視力	普通	・ やや弱い	・ やっと見える	・ 全盲	
	聴力	普通	・ 少し耳が遠い	・ 大声ならわかる	・ 難聴	
	会話	普通	・ 少し不自由	・ よく分からない	・ 言語障害がある	
	とこすれ	なし・ある	1か所 ・ 2ヶ所 ・ 数ヶ所 (部位)			
	おむつ使用	なし・ある	夜だけ使用 ・ 昼夜とも使用する (1日 回交換)			
	車椅子使用	必要としない ・ あれば使用 ・ 使用する (運転できる ・ できない)				
会話	・ 意思の疎通が充分可能		・ ある程度意思の表示・了解ができる		・ かるうじて了解できる	
	・ 全くできない 殆ど通じない					

※ 次の項目の該当欄を○で囲んでください。

お名前

殿

		介助なし	一部介助	全面介助
日常生活動作状況	寝返り	自分でできる。	手を貸せばできる。	できない。
	起座	長時間座ってられる。	短い時間なら支持なしで座れる。	支えがないと座ってられない。
	立上がり	自力で立ち上がれる。	少し介助があれば立ち上がれる。	立ち上れない。
	歩行移動	時間がかかっても自力で歩ける。 【杖：使用・不要】	付添いが手や肩を貸せば歩ける。 【歩行器：使用・不要】	歩行不可能、全面的な介助を要する。
	食事	自分で食べられる。 (スプーン・箸)	少し介助すれば、かなり食べられる。	食べさせなければ食事できない。
	排泄	★失禁【有/無】 ★綿パンツ【有/無】 ★おむつ【有/無】		
		昼夜共自分でトイレで排泄できる。	介助があれば、自分で昼夜ともトイレで用をたせる。	全面介助を要する。
	入浴	昼は自分でトイレ、夜は簡易便器等を使用する。	介助があれば簡易便器でできる。	
		自分で入浴でき、自分で洗える。	浴槽の出入りだけ介助すれば入浴可能。	自分では入浴できない。 特殊浴槽の使用【有・無】
着脱衣 着替え	自分で脱ぎ着できる。	袖を通すなど少し介助すればできる。	できない。全面介助	
整容	自分で身だしなみできる。	タオルで顔を拭く等の一部介助が必要。	自分ではできない。 やろうとしない。	
障害期間	上記の状態になったのは、いつ頃からですか？ 昭和・平成 年 月 日頃から（年 ヶ月くらいになる）			
補助具類	現在、補助具や補装具を使用していますか？ 杖 歩行器 車椅子 手・足の補装具 義手 義足 その他			
麻痺	麻痺はありますか？ ある（右・左）（手・足）（言語） ・ ない			

★ 次の事項の該当欄を○で囲んでください。

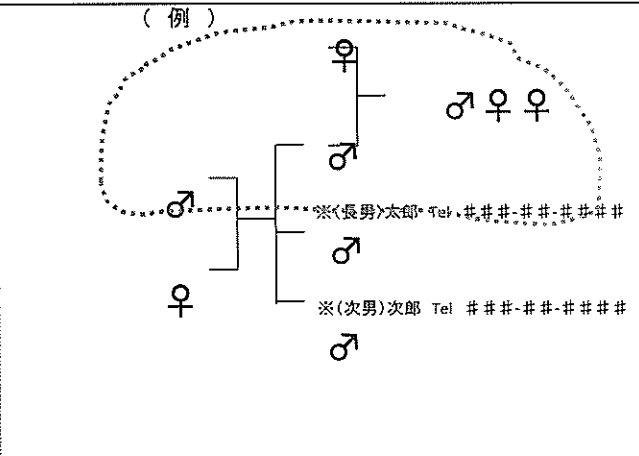
認知症の症状（有・無）	記憶障害	<input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 物忘れ、置き忘れがある。 <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 最近の出来事が分からなくなってきた。 <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 直前の話しや出来事を忘れる。 <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 自分の名前が分からない。
	見当識障害	<input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 環境が変わると、一時的にどこにいるのかわからない。 <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 自分の部屋や場所が分からなくなる。
	日常生活障害	<input type="checkbox"/> 記憶の低下等があるが、自立の生活が何とかできる。 <input type="checkbox"/> 家事などの良く慣れた事など、一人では行う事は難しいが指示があれば行う事ができる。 <input type="checkbox"/> 全面的な介助を要し、一人では生活できない。

行動 / 心理 症 状	妄想・錯覚	物盗られた、食事させないなどの妄想（被害妄想）や嫉妬妄想がある。【有・無】 その他（ ）
	感情障害 意欲減退	<input type="checkbox"/> 今までやっていた趣味活動等しなくなった。 <input type="checkbox"/> 外へ出たがらない。 <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 感情の起伏が激しくなることがある。 その他（ ）
	睡眠障害	・夜の睡眠が 【 良い / 不眠 / 不穏 】 ・眠剤 【 有 ・ 無 】 その他（ ）
	攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 攻撃的な言葉をはく。 <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 乱暴な振る舞いをする。 <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁] 他人や家族に暴力を振るう。 その他（ ）
	徘徊	<input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁に] 家の中をうろうろする。 <input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁に] 夜昼かまわず家内外をあてもなく歩きまわる。 その他（ ）
	不穏・興奮	<input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 頻繁に] 興奮し大声を出す事もある。 その他（ ）
	自傷行為	<input type="checkbox"/> 衣類を破る。 <input type="checkbox"/> 衣類を汚す。 <input type="checkbox"/> 身体を傷つける。 その他（ ）
	失禁	頻度 【 時々ある ・ 頻繁にある 】 時間帯 【 昼夜とわずある ・ 夜間のみある 】 その他（ ）

病歴・既往歴（現在受診中・以前受診したことのある病気などご記入ください）

生活歴（出身地・職業・性格・趣味などご記入ください）

家族構成（主介護者→※マークを付けてください）
同居家族を丸で囲んでください。



嗜好

酒類 現在 飲まない・飲む（1日 位）
過去 飲まない・飲む（1日 位）

煙草 現在 吸わない・吸う（1日 本位）
過去 吸わない・吸う（1日 本位）

現在の住宅環境

市街地・農村・漁村

一戸建て・集合住宅・（階建 階）

トイレ（和式・洋式）

食事状況

主食 普通・粥

副食 普通・きざみ

食法 箸使用・スプーンのみ・手掴み・介助

食量 大目（ 杯位）・普通・少量

好きな食べ物（)

嫌いな食べ物（)

アレルギーなど（食べられないものに○を付けて下さい）

生卵・納豆・さしみ・青魚・うなぎ・牛乳・そば・その他（)

ご本人・ご家族の希望