

特別養護老人ホーム ひだまりの郷 入居申込書(2)

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日(施設にて記入)
受付番号	NO,			(施設にて記入)
受付者	(施設にて記入)			

本人の状況	要介護1・2の方のみ	要介護1又は2の方が入居するためには、特列入所の要件に該当することが必要です。別紙「要介護1・2で入居をご希望の方へ」の(1)特列入所の要件をご確認の上、ご自身の判断で該当する要件を選択して下さい。 <input type="checkbox"/> ア、 <input type="checkbox"/> イ、 <input type="checkbox"/> ウ、 <input type="checkbox"/> エ、			
	日常生活動作能力	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可		
		食事形態	【主食】	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(
			【副食】	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(
		排泄	【日中】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	
			【使用物品】	<input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他	
			【夜間】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	
			【使用物品】	<input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他	
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
			<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴		
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 指示すれば可能 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> その他)		
		拘縮の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 肩関節・ <input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> 膝関節・ <input type="checkbox"/> その他)		
		移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり		
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	立位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可能 <input type="checkbox"/> 身体を支えれば可能 <input type="checkbox"/> 不可			
	座位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 車椅子や背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 不可			
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可能 <input type="checkbox"/> 不可			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 見え難い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全く見えない			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 聞こえ難い <input type="checkbox"/> 耳元で大声 <input type="checkbox"/> 全く聞こえない			
言語	<input type="checkbox"/> 普通(日常生活に支障がない) <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 全く話せない				
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 外出すると戻れない <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚症状 <input type="checkbox"/> 暴言・大声を出す <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 1人で出たがる <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い				
不適応行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり				
医療的処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> その他() * 現在治療中の病気がある場合には記載してください				
	病名	病院名	状況		
			入院・通院		
			入院・通院		
			入院・通院		
		入院・通院			
主治医	<input type="checkbox"/> いる(病院名: _____ 医師名: _____)		<input type="checkbox"/> いない		