

地域密着型
特別養護老人ホーム 第2清流苑
施設長様

(申込人)

清流苑・第2清流苑同時申し込みを希望されますか？	
希望する	希望しない
その他 ()	

※第2清流苑のお申し込みは、日高市在住の方のみです。

フリガナ		本人との続柄
氏名		
住所	〒	
TEL		

申込日	年 月 日	生活相談員		番号	
(ふりがな)					
対象者氏名	男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日(歳)	
住 所	〒 TEL				
要介護認定	要介護 1・2・3・4・5	認定日	年 月 日		
	認定期間	年 月 日 ~	年 月 日		
家族構成と状況	構成 ○=女 ◎=本人 ●■=死亡 □=男 回=本人 同居=○で囲む		家族介護状況		
緊急連絡先 ①	ふりがな	電話番号(自宅)			
	氏 名 (続柄)	電話番号(携帯)			
	住 所 〒	電話番号(勤務先) ご職業 ()			
緊急連絡先 ②	ふりがな	電話番号(自宅)			
	氏 名 (続柄)	電話番号(携帯)			
	住 所 〒	電話番号(勤務先) ご職業 ()			
利用料請求先	氏名： (続柄：)				
現在の状況	ア. 在宅 イ. 入院) 所中 () 年 月頃から				
	ウ. 入所中 施設名 () 年 月頃から				

※要介護1又は2の方のみ記入

特例入所 考慮事項	＜居宅において日常生活を行うことが困難であることについてのやむを得ない事由＞
	ア : 認知症である者であつて、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 イ : 知的・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 ウ : 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難と認められる。 エ : 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分な状況であると認められる。

地域密着型特別養護老人ホーム 第2 清流苑 入所申込書 (その2)

[illegible]

※ 介護保険証の写し、在宅サービスを利用されている方はサービス提供表の写し、日高市・さいたま市以外にお住まいの方は認定調査表の写しを添付してください。

※ 申込み書類に記載した内容に変更が生じた場合は、速やかに施設に連絡し指示を受けてください。

※ 入所希望者の情報収集の為、ご家族様・関係機関等にご本人様に関する問い合わせをさせていただくことがあります。

出身地：		結 婚：	(未婚・既婚)	出 産：	挙子	人
職 歴：		嗜 好：	(飲酒・喫煙)			
施設サービス 在宅サービス 利 用 状 況	事業所名			担当者名(ケアマネ)		
	TEL					
	(例：〇〇老人保健施設 〇〇病院 ショートステイ 3回/週 と デイサービス 2日/週 など)					
保険証 手 帳	介護保険負担割合証 (1割・2割・3割) 介護保険負担限度額認定証 (あり・なし 第 段階)					
既 往 歴						
現 病 歴						
服 薬 内 容	※ お薬の内容が確認できる書類(処方箋など)がありましたら添付してください					
服薬管理方法	自己管理(可能・不可能)	主治医				
服薬方法	服薬方法(自立・要介護)	病院名_____ 担当医_____				
		T E L _____				
カテーテル等の常用	有 ・ 無	バルーンカテーテル ・ 胃 瘻				
		その他 ()				
褥 瘡 に つ い て	有 ・ 無	部位 ()				
その他の皮膚疾患	有 ・ 無	内容 ()				
感染症について	有 ・ 無	内容 ()				
《特記事項》						

地域密着型特別養護老人ホーム 第2 清流苑 入所申込書 (その4)

基本動作	身長	cm						
	体重	kg						
	歩行	ア. 独歩 イ. 杖 ウ. 歩行器 ()						
	移動方法	エ. シルバーカー オ. 車椅子(自操・一部介助・全介助)						
	座位保持	ア. できる イ. 支えがあればできる ウ. 保てない ()						
	寝返り	ア. できる イ. 一部介助 ウ. 全介助 ()						
	立ち上がり	ア. できる イ. 一部介助 ウ. できない ()						
	立位	ア. できる イ. 支えが必要 ウ. できない ()						
	移乗	ア. 自立 イ. 見守り ウ. 一部介助 エ. 全介助 ()						
食事	食事摂取	ア. 自立 イ. 見守り・声掛け ウ. 一部介助 エ. 全介助 ()						
	摂取方法	ア. はし イ. スプーン ウ. フォーク エ. その他 ()						
	内容(主食)	ア. 常食 イ. 粥 ウ. パースト エ. その他 ()						
	内容(副菜)	ア. 常菜 イ. 一口大 ウ. キザミ エ. 極キザミ オ. パースト ()						
	治療食	ア. 糖尿食 (kcal) イ. その他 ()						
	嚥下障害	ア. 無 イ. 有(トロミ使用 ・ ゼリー等使用)				義歯	ア. 無 イ. 有(上・下)	
	アレルギー	ア. 無 イ. 有()						
口腔清潔	歯磨き	ア. 自立 イ. 見守り ウ. 一部介助 エ. 全介助						
	うがい	ア. 可能 イ. できない				義歯管理	ア. 自己管理 イ. 預かり	
	洗顔	ア. 自立 イ. 見守り ウ. 一部介助 エ. 全介助						
入浴	形態	ア. 一般浴 イ. 特殊浴槽(座位・臥床) ウ. シャワー浴 エ. その他()						
	洗身	ア. 自立 イ. 見守り ウ. 一部介助 エ. 全介助						
	洗髪	ア. 自立 イ. 見守り ウ. 一部介助 エ. 全介助						
排泄	日中	ア. 自立 イ. 一部介助 ウ. 全介助						
		トイレ	ポータブル	尿器	その他()			
		布パンツ	紙パンツ	尿取りパット	テープ式オムツ			
	夜間	ア. 自立 イ. 一部介助 ウ. 全介助						
		トイレ	ポータブル	尿器	その他()			
布パンツ		紙パンツ	尿取りパット	テープ式オムツ				
視力	ア. 普通 イ. メガネ使用 ウ. よく見えない エ. 全く見えない()							
聴力	ア. 普通 イ. やや大声で可 ウ. よく聞こえない(右・左) エ. 補聴器(右・左)							
意思の伝達	ア. 可能 イ. 時々可能 ウ. 不可(言語障害・難聴・認知)							
他者からの指示	ア. 可能 イ. 時々可能 ウ. 不可							
理解力	生年月日	ア. 言える	イ. 時々可能	ウ. 不可	季節	ア. 言える	イ. 時々可能	ウ. 不可
	年齢	ア. 言える	イ. 時々可能	ウ. 不可	場所の理解	ア. 言える	イ. 時々可能	ウ. 不可
	自分の名前	ア. 言える	イ. 時々可能	ウ. 不可	短期記憶保持	ア. 言える	イ. 時々可能	ウ. 不可
行動	被害妄想	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	作話	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	幻視・幻覚	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	失見当識	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	暴言・暴力	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	大声	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	昼夜逆転	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	徘徊	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	帰宅願望	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	感情失禁	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	収集癖	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	破壊行動	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	不潔行為	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	異食行為	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			
	その他	ア. ない	イ. 時々ある	ウ. ある	()			