

特別養護老人ホーム「四季咲きの杜」優先入所申込書(その1)

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

特別養護老人ホーム四季咲きの杜  
施設長 設楽 敬三 様

【申込者】

住所	〒		
(ふりがな)			本人との関係
氏名			
電話番号	( )		
携帯	( )		

特別養護老人ホーム四季咲きの杜へ優先入所したいので、次のとおり申し込みます。

本人の状況	(ふりがな)		性別	男 ・ 女		
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒		電話 ( )		
	介護保険	保険者	被保険者番号		介護認定期間	平成 年 月 日から
		要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			平成 年 月 日まで
	現在利用している在宅サービスの状況	在宅サービスの利用期間		平成 年 月頃から		
		訪問介護		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	通所介護	
		訪問入浴介護		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	通所リハビリテーション	
		訪問看護		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	短期入所生活介護	
		訪問リハビリテーション		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	短期入所療養介護	
福祉用具の貸与・購入費の支給		利用頻度( 週 ・ 月 日程度)	( )			
品目( )		( )				
利用されているサービス事業所名		( )				
現在利用中の居宅介護支援事業所名	住所	電話				
認知症等による不適応行動 *複数回答可	1 徘徊(室内) 2 徘徊(屋外) 3 暴力(身内) 4 暴力(第三者)		5 大声・奇声(一時) 6 大声・奇声(常時) 7 収集癖(屋内) 8 収集癖(屋外)			
	9 被害妄想 10 不潔行為 11 異食 12 昼夜逆転		13 感情失禁 14 もの忘れ/繰り返し			
医療的処置の状況	【現在治療中の病気等】					



特別養護老人ホーム四季咲きの杜優先入所申込書(その3)

入所を希望される方の状況について○を付けてください。

A D L の 状 況	麻痺等の有無	無 ・ 左上肢 ・ 右上肢 ・ 左下肢 ・ 右下肢 (筋力低下)	
	関節可動制限	無 ・ 肩関節 ・ 膝関節 ・ 肘関節 ・ 股関節 ・ その他	
	歩 行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (杖使用 ・ 押車 ・ 車椅子)	
	両足での立位	自立 ・ 支えがあればできる ・ できない	
	座位の保持	自立 ・ 自分の手で支えればできる ・ できない	
	寝 返 り	自立 ・ 何かにつかまればできる ・ できない	
	着 脱	上着の着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
		ズボンの着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
	食 事	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養
		水分	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
		義歯 (有 ・ 無)      むせ込み (有 ・ 無)	
		食事内容 (主食 : ご飯 ・ お粥 ・ 流動食 ・ その他)	
		(副菜 : 普通 ・ キザミ ・ 軟菜 ・ ミキサー)	
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (一般浴 ・ 機械浴)	
排 泄		自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (尿意 有・無 便意 有・無)	
		トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ おむつ ・ 尿とりパット	
		排便のない時の対応 (薬剤 ・ 浣腸 ・ 何もしない)	
心 身 の 状 況	褥 瘡	有 ・ 無 (部位)	
	睡 眠	良 ・ 不良 ・ 徘徊 ・ その他	
	視 力	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由 ・ 眼鏡	
	聴 力	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由 ・ 補聴器	
	会 話	普通 ・ やや不自由 ・ 不自由	

特別養護老人ホーム四季咲きの杜優先入所申込書(その4)

主治医氏名			主治医所属病院	
住 所			電 話 番 号	
内 服 薬	有 ・ 無	内 容	内容が不明の場合は、処方箋を添付してください。	
感染症有無	有 ・ 無	B型 ・ C型 ・ 疥癬 ・ その他（		
過 去 の 病 歴				
特 記 事 項				
記 入 年 月 日	平成	年	月	日
記入者氏名			関係	