

麦久保園入所申込書

申 込 日		令和		年		月		日							
施設記入欄		受 付 日		令和		年		月 日		受付者					
※あてはまる項目にチェックをして下さい															
ふりがな						男性		生 年 月 日							
入所申込者 (本人)						女性		大正		昭和		年齢			
						年 月 日				歳					
住所		〒													
ふりがな						本人との関係									
申込代行者						電話番号									
						携帯									
住所		〒													
介護認定関係		要介護()				認 定 期 間									
						平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日									
		被保険者番号				保険者 (区市町村名)									
負担限度額認定証		有		無		食費		円							
介護保険負担割合		割		生活保護受給		有		無							
※項目別に伝えておきたい事がある方は()内や余白にご記入下さい															
同居の方の有無		☐ 独居 ☐ ご夫婦のみ (相手の方の年齢 才) ☐ 他の同居者あり (ご関係)													
主介護者の状況		・中心で介護する方は ☐ いる ☐ いない (介護者との関係) ・主介護者は ☐ 健康 ☐ 病弱 ☐ 病気療養中 ☐ 障害がある ☐ その他 ・主介護者は ☐ 働いている ☐ 働いていない													
介護を手伝う方について		・介護を手伝う方は ☐ いる ☐ いない ・手伝う方のご関係()													
現在いらっしゃる場所		☐ 自宅 ☐ 自宅以外 ・病院 ・老人保健施設 ・グループホーム ・有料老人ホーム ・高専賃 入所・入院先() 自宅以外にお住まいの方は戻る自宅が ☐ ある ☐ ない ☐ 家屋老朽化 ☐ 立ち退きを求められている													
ご家族について		氏 名		続 柄		年 齢		住 所							
介護支援専門員		有		有 の 場 合											
		無		事業所											
				担当者名											
申込理由		※行動、言動や住環境の問題点等													
現在問題と 感じている 行動・環境 等をご記入 下さい															

※医療状況を分る範囲でご記入下さい

現病 (治療中等)						
既往症						
医療行為について	有	有の場合は、以下より該当行為をチェックして下さい ・経管栄養(胃ろう 鼻腔 腸ろう) ・インスリン注射 ・喀痰吸引 ・人工肛門 ・バルーンカテーテル ・ペースメーカー ・在宅酸素 ・その他()				
	無					
感染症の有無 (わかる範囲で)	・結核	有	無	・疥癬	有	無
	・B型肝炎	有	無	・MRSA	有	無
	・C型肝炎	有	無	・梅毒	有	無
	・その他	()				
じよくそう	有(部位) 無					
アレルギー	有(原因) 無					
処方薬						

※日常生活動作・介助の状況について

1 食事	形態(主食):	常食	粥	ミキサー		
	形態(副食):	常食	キザミ	極キザミ	ミキサー	
	摂取状況:	自立	一部介助	半介助	全介助	
	食事摂取量:	全量	半量	半量未満		
	水分・汁物:	トロミの使用	有	無		
	嚥下状況:	良好	時々むせ込む	むせ込むことが多い		
	留意事項					
2 排泄	日中:	トイレ	ポータブルトイレ	オムツ (自立 見守り 一部介助 全介助)		
	夜間:	トイレ	ポータブルトイレ	オムツ (自立 見守り 一部介助 全介助)		
	尿意:	有	無	便意: 有 無		
	留意事項					
3 入浴	一般浴	機械浴				
	留意事項					
4 移動	歩行	車椅子	歩行器	シルバーカー		
	自立	見守り	介助			
	転倒歴:	有(頻度)	無			
	留意事項					
5 麻痺・拘縮	麻痺:	有(部位)	無			
	拘縮:	有(部位)	無			
6 睡眠	問題なし あまりよく眠れない 不眠 昼夜逆転					
7 心身などの状況	視力	普通	大きい字なら見える	ぼやけている	みえない	眼鏡(有 無)
	聴力	普通	大きな声なら聞こえる	ほとんど聞こえない	聞こえない	補聴器(有 無)
	言語	話せる	なんとか話せる	まったく話せない		
	理解力	あり	やや困難	困難		
	記憶力	問題なし	たまに忘れる	ほとんどすぐ忘れる		
	留意事項					
8 気になる問題行為があれば、記入して下さい						

介護老人福祉施設 麦久保園 施設長殿

入所に関して私に関する情報を、保険者、記載事業所及びケアマネージャー、家族、麦久保園職員に照会することに同意します。

本人氏名 印

(代筆の場合は)代筆者名 印(続柄)

アセスメント表

調査日 年 月 日										
性別	男	女	氏名							
生年月日		年 月 日				歳				
要介護度		認定期間(～)								
キーパーソン						続柄				
排泄	日中	自立	声かけ	見守り	一部介助()		全介助			
		オムツ	トイレ	尿器	Pトイレ	ストマ	バルーン留置			
		パンツ	紙パンツ	パット						
	夜間	自立	声かけ	見守り	一部介助()		全介助			
		オムツ	トイレ	尿器	Pトイレ	ストマ	バルーン留置			
		パンツ	紙パンツ	パット						
	尿意	あり	なし	失禁		常時	時々	なし		
	便意	あり	なし	失禁		常時	時々	なし		
排泄面 備考										
移動	歩行	自立	見守り	一部介助	全介助	その他				
	補助具	手すり	杖	歩行器	シルバーカー	その他				
	車椅子	自立	見守り	一部介助	全介助	その他				
	転倒リスク	あり	なし							
	バランス	歩行 (良 悪)			座位 (良 悪)					
移乗	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	離床左右				
	補助具	L字バー	電動ベッド		その他()					
立ち上がり		自立	見守り	一部介助	全介助	その他				
起き上がり		自立	見守り	一部介助	全介助	その他				
移乗・移動・その他備考										