

(第1号様式)

利 用 申 込 書

平成 年 月 日

箱根老人ホーム所長 様

申 込 者 住 所 〒

電 話 ()

FAX

氏 名

利用者との続柄又は関係 ()

次のとおり、サービスを利用したいので申し込みます。

利 用 者	住 所	〒 電話 ()
	氏 名	(男・女)
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
連 絡 先	〒	
	氏名	電話 ()
利用サービス	長 期 入 所	

説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。 平成 年 月 日 氏 名 続柄()
-------	--

受付日	取扱者氏名	登載番号	担当
年 月 日			

介護保険	被保険者番号								要介護度 1 2 3 4 5								
	認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日															
	保険者の名称	(市町村名)															
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇨ (級)																
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇨ (級)																
<利用者の状況>		*最近1カ月間の状況についてご記入ください。												ない	月1~2回 はある	週1回は ある	毎日~週 2・3回は ある
物を盗られたなどと被害的になることがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
作り話をして周囲に言いふらしたり、実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急に泣いたり笑ったり、また意味もなく大声を出すなど、感情が不安定になることがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
夜間眠らなかつたり、昼夜が逆転することがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
助言や介護に拒否したり、暴行や暴言がありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目的もなく動き回ることがありますか(常時の見守りを含む)														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「家に帰る」などと言って落ち着かなかつたり、1人で外に出たがり、目が離せないことがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外出すると1人で戻れなくなることがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いろいろなものを集めたり、無断で持ってくるがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火の始末や火元の管理ができないことがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
物や衣類を壊したり、破いたりすることがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トイレ以外で排泄したり、汚物をいじるなど不潔な行為がありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食べられない物を口に入れることがありますか														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
周囲が迷惑するような性的な行動がありますか(脱衣行為を含む)														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
認知症(痴呆)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇨ 医師の診断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇨ (診断名:)																
記憶障害	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 直前のことを忘れる																
	<input type="checkbox"/> 最近の出来事を忘れることが多い <input type="checkbox"/> 自分の名前が分からない																
見当識障害	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 月がわからない																
	<input type="checkbox"/> 季節がわからない <input type="checkbox"/> 時間帯がわからない																
意志の伝達	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> ときどきできる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない																
医療的管理	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう																
	<input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()																
身体状況	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 上肢(左・右) <input type="checkbox"/> 下肢(左・右) <input type="checkbox"/> その他()															
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 人や物の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> まったく見えない															
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 耳元で大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない															
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聴き取りにくい <input type="checkbox"/> 聴き取れない <input type="checkbox"/> 声がない															

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 ⇒ (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 手づかみ) <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部介助する <input type="checkbox"/> その他 ⇒ (<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう)
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き・介助 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 便所まで介助し、自力で便器使用 <input type="checkbox"/> 便器介助 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ (<input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門)
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全部介助する <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> その他 ⇒ (<input type="checkbox"/> デイサービス利用時のみ <input type="checkbox"/> 入浴サービス利用)
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 少し介助すると自分で着脱できる <input type="checkbox"/> ほとんど介助してもらう <input type="checkbox"/> 自分ではまったくできない

親族・介護者等の状況 (該当する箇所におをしてください)

単身の方について	<input type="checkbox"/> 利用者が住んでいる市区町村内に、介護する家族がいない
主な介護者について	<input type="checkbox"/> 介護者が要介護認定を受けている
	<input type="checkbox"/> 介護者に障害がある ⇒どのような状態ですか ()
	<input type="checkbox"/> 介護者に介護上困難な慢性疾患がある (病名)
	<input type="checkbox"/> 利用者の他に介護が必要な家族がいる ⇒他に介護が必要な家族は <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 長期治療が必要な病気がある <input type="checkbox"/> 障害がある
	<input type="checkbox"/> その他育児等 ()

入所希望者の意向(入所希望者が申し込んでいる場合を除く)	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している。
	<input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している。
	<input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない。
	<input type="checkbox"/> その他 ()

その他、利用者の日常の行動で困っていること、ご家族の希望・当ホームに望むことなどありましたらご自由にお書きください。

当施設が保管する入所申し込みに関する情報については、県または市町村から状況把握のために提示を求められることに同意します。

利用者氏名 _____ 印

申込者氏名 _____ 印

健康診断書

受診者	住所	〒 電話 ()
	氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (歳)
	症 状	所 見
結核性疾患		
血液検査	ワッセルマン反応 ()	
肝炎検査	HB S 抗原 () 抗体 () H C V 抗体 ()	
皮膚疾患	(褥瘡の有無及び程度を含む)	
血圧		
精神疾患と 痴呆の有無		
現症及び 既往症		

上記の通り診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

(注) 現在診療中のものは、この診断書のほかに必要に応じ、主治医の意見書(様式自由)を添付してください。