

(様式1)

受付: 令和 年 月 日

特別養護老人ホーム アミカル 入所申込書

施設長 殿

(申込者)

住所	
電話番号	
氏名	(印)
本人との続柄	

(ふりがな)					
入所希望者 氏名		男・女	M・T・S	年 月 日	歳
住所			電話番号		
介護度	要介護 1 2 3 4 5	有効期限	/ / ~ / /		
被保険者番号			保険者		
医療保険種類	後期高齢・国保・健保・その他( )		年金	円/年	
身体障害者手帳	無・有	障害名	( 種 級)		

緊急連絡先・家族構成

氏名	続柄	年齢	住所	電話番号	家族構成図

現在の ご本人の 生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅
	<input type="checkbox"/> 医療機関 ( 年 月 日 ~ )
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 ( 年 月 日 ~ )
	<input type="checkbox"/> その他の施設 ( 年 月 日 ~ )

居宅事業所		担当ケアマネ	
かかりつけ医		医師名	
既往歴			
現病歴			
アレルギー		感染症	

【ADLおよび精神の状況】	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きい字が見える <input type="checkbox"/> 大きい物が見える <input type="checkbox"/> 見えない
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 返事のみ <input type="checkbox"/> 不自由
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子（自力・他力） <input type="checkbox"/> ストレッチャー
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有・・・）
・主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ ）
・副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 極刻み食
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 普通肌着 <input type="checkbox"/> 失禁パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ（昼夜・夜間のみ） <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器
入浴	<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 車椅子浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 清拭
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
意思の疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 不可
妄想	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
うつ状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
睡眠障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
行動障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度）
《生活歴》	
《介護者の状況》	
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業中や病弱等問題がある。 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢（70歳以上）、または未成年である。 <input type="checkbox"/> 介護者が複数（両親等）を介護している。 <input type="checkbox"/> 介護者に障害等がある、または要介護認定を受けている。 <input type="checkbox"/> 介護者がいない。（一人暮らし）	
《入所理由》	
《希望場所》	
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームアミカル（多床室） <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホームアミカル（ユニット型個室）	