

ハピネス稲毛入居申込書

入所申込者名（本人）			
介護保険負担割合証	割	介護保険負担限度額証	無・有(第1段階・第2段階・第3段階)
日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V		
病院名(掛かりつけ医がある方)			
福祉施設名（利用中の方）			
ケアマネージャー（在宅の方）	事業所名	担当者：	

身体等の状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
		[主食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 半粥	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー
		[副食]	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
		[おむつの使用]	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 昼夜	<input type="checkbox"/> 夜のみ	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全部介助		
		[介助の方法]	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 杖・シルバーカー等	<input type="checkbox"/> 車椅子	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きが見える程度	<input type="checkbox"/> 見えない	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる	<input type="checkbox"/> 聞こえない	
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい		<input type="checkbox"/> 聞き取れない	
	意思伝達	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 時々出来る	<input type="checkbox"/> ほとんど出来ない	<input type="checkbox"/> 出来ない	
	麻 痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（部位：_____）			

認知症の状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症があるが、日常生活はほぼ自立している
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻想 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為
	<input type="checkbox"/> 自虐行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他（_____）
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする	

医療 の 状 況	現在治療中の病気・怪我等
	過去にかかった病気・入院歴等
	感染症の有無 <input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> なし
	医療的 行為 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう ・ <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル (膀胱留置) <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門)

世帯 の 状 況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど、介護者が全くいない
	<input type="checkbox"/> 介護者はいるが申込者の他に介護が必要な者がいる (要支援、要介護 1・2・3・4・5)
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢や障害で十分な介護が困難
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労している (1日 8時間以上 ・ 4~8時間 ・ 4時間未満)
	<input type="checkbox"/> 介護者が育児をしている (常時 ・ 半日 ・ 臨時)
	<input type="checkbox"/> 介護者が看病をしている (常時 ・ 半日 ・ 臨時)
	<input type="checkbox"/> 介護者の介護の関わり方 (1日: ___時間程度 ・ 週: ___時間程度 ・ ほとんど関わらない)
	<input type="checkbox"/> 同居の介護補助者がいる (続柄:)
	同居の介護補助者の協力がある (ほとんどなし ・ 随時あり ・ 常時あり)
<input type="checkbox"/> 別居血縁者の介護協力者がいる (続柄:)	
別居血縁者の介護協力 (ほとんどなし ・ 随時あり ・ 常時あり)	
<input type="checkbox"/> 近隣者等の介護協力 (ほとんどなし ・ 随時あり ・ 常時あり)	

意 向	<input type="checkbox"/> 入居申込者 (本人) が特別養護老人ホームへの入居を希望している
	<input type="checkbox"/> 入居申込者 (本人) は在宅での生活を希望している
	<input type="checkbox"/> 入居申込者 (本人) 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 ()

現在の介護状況、入居後に希望されていることなど
