

福井県特別養護老人ホーム入所申込書

申込日 平成 年 月 日 (曜日)

受付担当者

申込者	ふりがな 氏 名	特記事項(施設が記入)
	住 所	
	電 話 (市外)	

入所を希望する人、その状況について

※該当するところは記入か○印、□にはレ印を付けてください

ふりがな 氏 名	男	保 険 者	
	女	被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (才)	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 未認定
住 所			
生 活	☐ 自宅で1人暮らし ☐ 自宅で家族と暮らす ☐ 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名) ☐ 現在入院中(病院名 時期 平成 年 月から入院)		
介 護	☐ 介護する人がいない ☐ 介護する人が(高齢 ・ 虚弱 ・ 就労中 ・ 育児中 ・ 複数介護 ・ 介護放棄)で自宅では困難 ☐ 介護する人の(身体的 ・ 精神的)負担が大きくて自宅では困難 ☐ 自宅で介護を始めた時期(平成 年 月頃から) ☐ 現在、居宅サービスを利用して(いる ・ いない) ☐ 認知症の程度(日常生活自立度 I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M)		
医 療	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 透析 ☐ インスリン注射 ☐ 褥瘡(床ずれ) ☐ 在宅酸素 ☐ その他() 現在治療中の病気など (主治医)(歯科医)		
申込み 希 望	☐ この施設のみ申込み ☐ 他の施設にも申込み ・すでに申込み済施設()() ・これから申込み施設()()		

主に介護している人について

※介護している人と申込者が同じでもこの欄に再記入してください

氏 名		続 柄	
同居別	☐ 同居している ☐ 同じ敷地にいる ☐ 近くで別居 ☐ 遠くで別居		
意見など	介護で困っていること		

※ 裏面にも記入してください。

特別養護老人ホーム愛寿苑 入所申込み時調査書

◇ 申込者（連絡先）※今後、郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます。

受付者：

申 込 者	ふりがな		続柄	備考
	氏 名			
	住 所	〒 -		
	電 話	自宅：() - 携帯： - -		

◇ 入所希望者の状況

ふりがな		性別	保険者	福井市 ・ その他 ()										
氏 名			被保険者 番号											
生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳		要介 護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5										
現住所	〒 -													
生活 状況	年金 万円／月 ・ 生活保護 ・ その他 ()													
	成年後見制度 ・ 日常生活自立支援事業 ・ その他 ()													
身体障害者手帳 (無 ・ 有)		手帳の種類 () 級 ()												
家 族 構 成	☐ 一人暮らし ☐ 近くに家族・親戚がいる ☐ 遠方に家族がいる ☐ ご夫婦のみ (相手の方のご年齢 歳) ☐ 近くに家族・親戚がいる ☐ 遠方に家族がいる ☐ ご夫婦以外に同居の方がいる ※ 本人を含め、同居の方全員の人数 人 ☐ 同居の方で病気療養中や障害者がいる										家族構成図 女性=○、男性=□ 本人=◎、 回 死亡=●、■ 同居=○で囲む			
在宅サービス について	現在、使っている在宅サービス (デイサービス 回/週 ショートステイ 日/月、)、訪問介護 回/週 その他 ()													
現在の療養 場所について ※自宅にいる 方は未記入	☐ 病院 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 養護老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム ☐ ケアハウス ☐ 有料老人ホーム ☐ グループホーム ☐ その他 ()													
	施設の名称							施設入所・入院開始日 年 月 日頃						

A D L 身 体 状 況	食事摂取	自立 ・ 見守り ・ できない
	食事形態	普通 ・ きざみ ・ 極きざみ ・ ミキサー ・ その他（ ）
	嗜好品	喫煙 ・ 飲酒 ・ その他（ ）
	嚥下	できる ・ 見守り ・ できない （ スプーン ・ 箸 ）
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 （おむつ ・ 紙パンツ ・ ポータブル）
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	洗身	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない
	清潔・整容	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	歩行	自立 ・ つかまればできる ・ できない （ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ）
	寝返り	できる ・ つかまればできる ・ できない
	起き上がり	できる ・ つかまればできる ・ できない
	座位保持	できる ・ 自分の手でできる ・ 支えが必要 ・ できない
	立位保持	できる ・ 支えがあればできる ・ できない
	片足立位保持	できる ・ 支えがあればできる ・ できない
	立ち上がり	できる ・ つかまればできる ・ できない
	視力	普通 ・ 目の前が見える ・ ほとんど見えない ・ 判断不能（ ）
	聴力	普通 ・ かなり大きな声で ・ ほとんど聞こえない ・ 判断不能（ ）
	意思の伝達	できる ・ ときどきできる ・ ほとんどできない ・ できない（ ）
	指示への反応	ある ・ ときどき通じる ・ なし

認知症について	認知症が ☐ ある ☐ ない 認知症の程度 ☐ 物忘れ（軽度） ☐ 物忘れ（重度） ☐ 不潔行為 ☐ 暴力行為 ☐ 徘徊 ☐ 異食 ☐ 大声や奇声 ☐ その他（ ）
医療について	☐ 経管栄養（経鼻） ☐ 胃ろう ☐ 透析 ☐ インスリン注射 ☐ 褥瘡（床ずれ） ☐ 在宅酸素 ☐ その他（ ） ☐ その他に医療器具を使ったり、医療的な管理が必要 （具体的に ） 現在治療中の病気が ☐ ある ☐ ない （具体的な病名 ） 上記以外に過去に治療を行っていた病気が ☐ ある ☐ ない （具体的な病名 ）

◇介護者等の状況

主たる介護者	ふりがな		性別	本人との関係	
	氏 名				
	職業	☐ 会社員（会社名： ） 職種： （ ） ☐ 自営業（業種： ） ☐ 無職 ☐ その他（ ）			
	同居の区分	☐ 同居 ☐ 別居（ ☐ 車で5分以内の距離、 ☐ 車で5分以上の距離、 ☐ 県外 ）			
その他の介護者の有無	☐ 主たる介護者以外に必要時に協力者有り ☐ 介護者は一人のみ ☐ 介護者はいない ☐ その他（ ）				
介護者の健康	☐ 健康である ☐ 健康に不安を抱えている ☐ 介護者自身が要介護者である（介護者はいないを含む） ☐ その他（ ）				
介護可能時間	☐ 十分に介護に当たる時間あり ☐ 一部不在になる時間あり ☐ ほとんど時間が取れない（介護者はいない場合を含む） ☐ その他（ ）				
要介護者との関係	☐ 良好 ☐ 介護は行っているが疲労感強い ☐ ほとんどかかわっていない、最低限の関わりのみ（介護者はいない場合を含む） ☐ その他（ ）				
介護をしている上で困っていること等					

◇入所に関する事前

入所の希望 時期について	ベッドが空いた際に、申込者が直ぐに入所可能な状態の場合、すぐに入所を希望されますか？	☐ ベッドが空き次第入所したい ☐ 入所に関しては家族と相談の上検討したい。 ☐ すぐに入所を希望しない ☐ その他（ ）
受診について	入所後に医療機関への受診が必要となった際には、当施設の協力医療機関以外は家族の受診協力が必要となります。	☐ 受診に協力できる ☐ 受診に協力できない ☐ その他（ ）
事故発生の リスクについて	高齢者になると骨粗鬆症や筋力低下等により、通常では骨折しない様な状況でも、骨折しやすくなります。また、認知症がある利用者は予測できない行動により、転倒など思わぬ事故が発生しやすくなります。	☐ 転倒などの事故は絶対に起こさないでほしい。 ☐ 転倒などはなるべく起きてほしくないが、通常の介護の中で転倒等は起きやすく、また、高齢になると骨粗鬆症等により骨折しやすい事は理解している。 ☐ その他（ ）
延命治療について	医師から延命治療の選択を聞かれた場合、延命治療を希望されますか？	☐ 延命治療を希望する。 ☐ 延命治療は希望しない。 ☐ 検討してから決めたい。 ☐ その他（ ）
看取りについて	当施設においては、家族が希望される場合には看取りを行っています。	☐ 施設での看取りを希望する。 ☐ 施設での看取りは希望しない。 ☐ 検討してから決めたい。 ☐ その他（ ）