

- ☐桜木園

☐住宅型有料老人ホームねむのき
- ☐おおみなと園

☐松風の森ABC・あすなろ
- ☐いこいの里

☐シニアマンション・シルバーピュアAB
- ☐恵光園

☐株式会社イリエ(あいの里・イリエール) ※提出の際は必ず介護保険証のコピーを添えて下さい
- ☐延寿園

☐住宅型有料老人ホームよこはま (当園でのコピー可能ですので原本持参でも構いません)

入居希望者 心身状況調書

氏名		介護度	被保険者番号	介護認定有効期間	
				年 月 日 ～ 年 月 日	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 (歳)			電話番号	
住 所	〒 —			現在地	自宅 ・ 病院 ・ 施設
				名称	
				担当者	
在宅サービスの状況	☐	訪問介護	事業所名	利用回数	回/週
	☐	訪問看護	事業所名	利用回数	回/週
	☐	訪問入浴	事業所名	利用回数	回/週
	☐	デイサービス・デイケア	事業所名	利用回数	回/週
	☐	ショートステイ	事業所名	利用回数	日/月
	☐	その他			
身元引受人氏名・住所				電話番号	
続柄					

保険証等について

健康保険証	後期高齢者 ・ 国民健康保険 ・ 健康保険 ・ その他 ()			医療限度額証	無・Ⅰ・Ⅱ
身体障害者手帳	有 ・ 無	種 級	障害名		
療育(愛護)手帳	有 ・ 無	A ・ B			
精神障害者手帳	有 ・ 無	級			

年金等について

年金の種類	年金 (老 齢 ・ 厚生 ・ 国民 ・ 共 済 ・ 障害 ・ 遺 族) ・ 生活保護 ・ 他 ()				
支給額	2ヶ月 円				
家族の援助	可能 ・ 不可能				
限度額申請	☐ 未申請	☐ 1段階	☐ 2段階	☐ 3段階①	☐ 3段階② ☐ 4段階(非該当)
負担割合	割				

入居申込理由・申込みに至るまでの経緯・入居希望の時期

入居申込理由
入居希望の時期 ・ 早いほうが良い ・ 急がない

※記載内容に変更等あった場合は施設までご連絡ください(所在地・介護度・身体状況など)

申請日 年 月 日

支援事業所 担当 申込者

結核の既往	有 ・ 無	年程前
感染症の既往	有 ・ 無	年程前
糖尿病の有無	有 ・ 無	投薬あり ・ 注射あり ・ カロリー制限 (Kcal) ・ 特になし
アレルギー	有 ・ 無	食事 () ・ 薬 ()
麻痺	有 ・ 無	右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢 ・ その他
拘縮	有 ・ 無	右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢 ・ その他
褥瘡	有 ・ 無	部位 () ・ 処置方法 ()
身長・体重	身長 (cm) ・ 体重 (kg)	
既往歴	(年月日・病名・病院)	
現病歴	(年月日・病名・病院)	

日常生活動作等について

視 力	普通 ・ 大きい字は見える ・ 顔の識別ができる ・ 見えない			
聴 力	普通 ・ やや大声を要する ・ 大声を要する ・ 聞こえない			
意思疎通	普通 ・ 内容を理解できない ・ 言語不明瞭 ・ 話せない ・ 無反応			
認知症状 有 ・ 無	物忘れ ・ 見当識障害 ・ 介護抵抗 ・ 徘徊 ・ 不穏行為 不潔行為 ・ 昼夜逆転 ・ 帰宅願望 ・ その他			
精神状況	不安になりやすい ・ うつ傾向がある ・ 興奮する ・ 幻覚がある ・ 妄想がある ・ 夜眠れない その他			
移 動	独歩 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ リクライニング車椅子 ・ その他 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
食 事	主食 (普通・粥・流動食) 副食 (普通・刻み・その他) 箸使用・スプーン使用・その他 自立 ・ 見守りが必要 ・ 一部介助 ・ 全介助 ＊むせ込み (有・無) 食事制限 (塩分制限 ・ カロリー制限 ・ 水分制限 ・ その他)			
義 歯	有 (部分 ・ 総入れ歯) ・ 無			
排 泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 排泄方法 (トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ 紙おむつ ・ カテーテル ・ 人工肛門)			
医療行為	・経鼻栄養 ・ 胃瘻栄養 ・ 尿カテーテル ・ 人工肛門 ・ ペースメーカー ・ インスリン その他			
終末期について	☐	自宅で希望	施設での終末期を希望された場合について	
	☐	施設で希望	☐	延命処置は希望せず嘱託医に一任します。
	☐	病院で希望	☐	延命処置を希望します。