

# 雲谷ホーム入所申込書①

申込年月日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名(本人)		男・女	生年月日	M・T・S	年 月 日( 歳)
住所(本人)	〒			電話番号	( )
本籍地	とどうふけんめい	介護保険被保険者番号		認定有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日	
要介護度	1・2・3・4・5		居宅介護支援事業所名 担当ケアマネジャー氏名		

身元引受人の具体的状況（本人との関係、居住地、年齢、健康状態、就業状況等）

氏名		男・女	( )歳	本人との関係	
住所	〒			電話番号	( )
携帯電話	— —		健康状態	良好・不良 ( )	
勤務先				電話番号	( )

本人の現在の状況

<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 施設（施設名： )	<input type="checkbox"/> 病院(病院名： )
-----------------------------	------------------------------------	------------------------------------

在宅サービスの利用状況（ここ半年間で利用されたサービスで、該当するものをすべてチェックしてください）

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> その他	

介護の状況（該当するもの、または最も近いもの1つをチェックしてください）

<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど、介護する者がいない
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、遠距離、または長期入院するなどの状況で、事実上介護が不能
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなど、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、要支援状態、高齢などの状態で、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難

上記以外の理由で、施設に入所したい理由がありましたら、いくつでもチェックしてください

<input type="checkbox"/> 施設や病院から、退所または退院を求められている
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情(住居が狭い、階段、段差など)により、生活が困難
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情(借家、アパート、公営住宅等で住宅改修が困難、または2階以上に住んでいるなど)により、生活が困難。または入る家自体がない
<input type="checkbox"/> （在宅サービスの利用に関して）経済的に余裕がない

## 雲谷ホーム入所申込書②

### 本人の生活歴など

最終学歴				主たる職歴			
結婚歴	有・無	子供の数	男( ) 女( )	現在の 子供の数	男( ) 女( )		
配偶者名				離婚歴	有・無	生存・死亡	S・H 年 月 日
趣味				特技			信仰宗教
性格	温厚・話好き・几帳面・マイペース・無口・頑固・短気・我がまま・神経質						
喫煙	有・無	1日	本	飲酒	有・無	1日	合

### 家族構成など

男性:   
 女性:   
 本人: もしくは回  
 死亡: もしくは■  
 同居: 点線で囲む

同居者氏名	続柄	生年月日	職業及び勤務先	携帯電話
近親者氏名	続柄	住 所	職業及び勤務先	自宅及び携帯電話

### 保険、年金など

健康保険	国保・社保・共済・後期高齢者・生活保護		
年金	国民・厚生・共済・遺族・障害・恩給・無年金	合計金額 (年	円)

## 雲谷ホーム入所申込書③

### 本人の病歴など

既往歴(主たる病名)			
現在の疾病・障害			
かかりつけ医院・氏名		他受診医療機関	
身体障害者手帳	有・無 種 級 障害名 ( )	取得 年月日	S・H 年 月 日
病・医院に	年 月～	年 月まで入院	入院理由
病・医院に	年 月～	年 月まで入院	入院理由
病・医院に	年 月～	年 月まで入院	入院理由
病・医院に	年 月～	年 月まで入院	入院理由

### 身体状況

麻痺	有・無 部位( )	拘縮	有・無 部位( )
皮膚	褥瘡 有・無 部位( ) その他皮膚疾患 有・無( )		
移動	独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子(自力・介助)・寝たきり(ほとんどベッド上)		
歩行	自立・一部介助・全介助	転倒:ほとんどなし・数回あり・何回もあり	骨折経験 有・無
食事	自立・一部介助・全介助	はし・スプーン・フォーク・その他( )	嚥下状態 良・不良
	食事形態:常食・粥・きざみ・ミキサー・流動食・経管栄養(経鼻・胃ろう・その他( ))		
	義歯の使用:有・無 (部分義歯・上下どちらか義歯・全義歯)		
排泄	自立・一部介助・全介助	紙おむつの使用	有・無(日中・夜間・昼夜)
	トイレ(日中・夜間・昼夜)・ポータブルトイレ(日中・夜間・昼夜)・尿器(日中・夜間・昼夜)		
	カテーテル留置(有・無) 下剤・座薬・浣腸・排便:有・無(毎日・時々)		
入浴	自立・一部介助・全介助	入浴形態:一般浴・機械浴・リフト浴・訪問入浴・シャワー浴・清拭のみ	
衣服着脱	上半身	自立・一部介助・全介助	下半身 自立・一部介助・全介助
視力	ほぼ正常・見えにくい・弱視・全盲・眼鏡使用		
聴力	ほぼ正常・聞こえにくい・難聴・補聴器使用		
言語	ほぼ正常・聞き取りにくい・不明瞭・失語症		

### 精神状態

失見当識障害	問題なし・少し問題あり・問題あり (時間・場所・人)
短期記憶	問題なし・少し困難・かなり困難
意思伝達能力	問題なし・少し困難・具体的要求に限られる・かなり困難
周辺症状	有・無
	ア. 被害妄想 イ. 幻視・幻聴 ウ. 昼夜逆転 エ. 徘徊 オ. 帰宅願望
	カ. 暴言・暴行 キ. 常同行為、言語 ク. 奇声、独語 ケ. 不潔行為、放尿便 コ. 蒐集癖
	サ. 異食、盗食 シ. 破壊行為 ス. 弄火 セ. その他( )

## 雲谷ホーム入所申込書④（要介護1および要介護2の方のみ記載）

要介護1および要介護2の方の入所申込について

平成27年4月より、特別養護老人ホームの入所判定の対象となる者については、「要介護3から要介護5までの要介護者及び、要介護1又は要介護2であって、特例入所の要件に該当する者とする」とされております。特例入所の要件に該当するか否かの判断は、施設は入所申込者に対して、居宅において日常生活を営むことが困難なことについて、やむを得ない事由についてその理由など必要な情報の記載を入所申込みにあたって求めることとすることとされ、この場合において、施設は、保険者市町村に対して報告を行うとともに、当該入所申込者が特例入所対象者に該当するか否かを判断するにあたって適宜その意見を求めることとされています。よって、要介護1及び要介護2の方に該当する方は、下記の特例入所の要件に該当する場合のみ、特別養護老人ホームへの入所が可能となりますので、記載をお願いいたします。【具体的な状況】については、介護をしているうえで困っていること等の状況を記載してください。

特例入所該当要件（該当するもの、または最も近いもの1つをチェックしてください）

- 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる
- 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難である
- 単身世帯であること、同居家族が高齢又は病弱であること等により、家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である

具体的な状況

# 診 断 書

住 所

氏 名

男・女 (明・大・昭 年 月 日生)

上記の者に対する検査は、下記のとおりです

令和 年 月 日

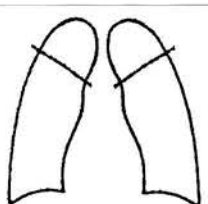
医療機関の所在地

名 称

医 師 名

印

記

傷病名			
既往症		血圧測定	最大値( )mmHg 最小値( )mmHg
自覚症状		尿定性検査	蛋白 (-・±・+) 糖 (-・±・+) 潜血 (-・±・+)
視診		血清反応	凝集法( ) TPHA定性( )
聴診	心音 (純・不純) 不整脈	肝炎検査	HBS抗原( ) HCV抗体( )
浮腫	眼 瞼 (-・±・+) 下 腿 (-・±・+)		
胸部検査 レントゲン		血沈	1時間 ( ) 2時間 ( )
		その他	MRSA ( )
施設入所・サービス利用についての所見(伝染性疾患・感染症・入浴可否など)			
処方薬			

# 食事嗜好カルテ

作成日 令和 年 月 日

氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日				年齢	歳	
身体状況	身長	cm	既往歴			
	体重	kg				
食生活状況	食事形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
	食事摂取量	主食の形態	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥			
		主食摂取量	<input type="checkbox"/> 丼 <input type="checkbox"/> 茶碗 ( <input type="checkbox"/> 多め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 2/3程度 <input type="checkbox"/> 1/2程度)			
		副食の形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一〇大 <input type="checkbox"/> 粗きざみ <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー			
		副食摂取量	<input type="checkbox"/> 多め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 他( )			
		補助栄養剤	<input type="checkbox"/> 毎日使用 <input type="checkbox"/> 時々使用 <input type="checkbox"/> 利用なし			
	食事留意事項	療養食の指示	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 糖尿食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 腎臓食 <input type="checkbox"/> その他( )			
		療養食指示内容	エネルギー Kcal ・ 塩分 g			
		病的禁止食品	薬名			
			食品名			
		アレルギー	<input type="checkbox"/> 有( ) ・ <input type="checkbox"/> 無			
	褥瘡状態	<input type="checkbox"/> 有( ) ・ <input type="checkbox"/> 無				
	その他					
	食事器具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 割り箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 専用スプーン <input type="checkbox"/> 専用フォーク <input type="checkbox"/> その他				
	食事マット	<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用				
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無					
健康状態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他( )					
精神状態	<input type="checkbox"/> 献立の選択ができる <input type="checkbox"/> 会話の理解ができる <input type="checkbox"/> 献立、会話の理解は難しい					
手指の運動機能	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 右手不自由 <input type="checkbox"/> 左手不自由 <input type="checkbox"/> 右麻痺 <input type="checkbox"/> 左麻痺 <input type="checkbox"/> その他					
排便状況	<input type="checkbox"/> 自然排便 <input type="checkbox"/> 時々下剤排便 <input type="checkbox"/> 下剤排便 <input type="checkbox"/> 浣腸排便 <input type="checkbox"/> その他					
歯の状況	<input type="checkbox"/> 自分の歯で摂取 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯使用 <input type="checkbox"/> 総入れ歯使用 <input type="checkbox"/> 歯茎で咀嚼					
嚥下機能	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ剤使用( <input type="checkbox"/> 食事全般 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> 味噌汁 <input type="checkbox"/> その他( ))					
食事ケア	<input type="checkbox"/> 自力摂取できる <input type="checkbox"/> 声かけが必要 <input type="checkbox"/> 半介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要					
嗜好状況	牛乳	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない	納豆	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない		
	ヤクルト	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない	卵	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない		
	ジョア	<input type="checkbox"/> 飲める <input type="checkbox"/> 飲めない	パン	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない		
	ヨーグルト	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない	麺	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない		
	魚類	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない	野菜	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない		
	青魚	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない	果物	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない		
	刺身	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない	その他	<input type="checkbox"/> 食べられる <input type="checkbox"/> 食べられない		
その他						