令和　　年　　月　　日

入　所　申　込　書

社 会 福 祉 法 人　　三 和 会
特別養護老人ホームあじさい苑
施設長　　木﨑　慎一　　様

入所希望者氏名（本人）　　印
〒　　－
住所

TEL　　（　　）

私は、特別養護老人ホームあじさい苑の介護老人福祉施設サービスの利用を希望しますので、申し込み致します。

記

1　介護保険被保険者証の写し

2　認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）及び主治医意見書の写し

3　利用者調書

・連絡先

氏名　　続柄
〒　　－
住所

電話番号　　（　　）

・希望居室に、〇をつけて下さい。(多床室・ユニット型個室・どちらでもいい)

・ケアマネージャー連絡先

事業所名　　担当者氏名

電話番号　　（　　）

利用者調書　1

特別養護老人ホームあじさい苑
令和　　年　　月　　日　記入

ふりがな 利用者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭 年　月　日　歳
現住所	〒	電話番号	自宅 携帯

介護保険被保険者番号	介護度	保険者市町村名
	１　２　３　４　５	
認定有効期限	申請中　・　未申請	介護認定が出ていない理由
年　月　日　～　年　月　日		

ふりがな 家族等氏名		家族等住所	〒
電話番号	自宅 携帯	続柄	
ふりがな 家族等氏名		家族等住所	〒
電話番号	自宅 携帯	続柄	

病気・障害歴	（できるだけ詳しく記入してください）
現在の状況	独居・自宅介護（デイサービス・デイケア・ショート利用を含む）老健入所・病院・その他
施設名	入所年数　年　ヶ月
介護協力	介護協力者の人数（　）人　就労等で介護困難　介護者の年齢（　）歳　他の要介護者あり 家族有りだが独居　完全独居
現在の様子	なんとか自立　見守り･指導　身体介助あり　身体介助多い　半寝たきり　寝たきり　目が離せない その他
排泄	トイレ・ポーター　トイレ誘導　トイレで介助　リハビリパンツ　おむつ介助　不潔行為あり バルーンカテーテル　その他
移動	ほぼ安定歩行　杖・シルバーカー　不安定歩行　車椅子自力移動　車椅子介助移動　徘徊行為あり 寝たきり　その他
精神状態	普通　統合失調症　不安・依存　被害妄想　暴行・破壊　幻覚・せん妄・分裂　暴言　介護拒否 その他

認知	なし　軽度　中度　重度	障害・麻痺	有・無　（　）
会話・疎通	可能　やや不自由　かなり困難　ほぼ不可能	視力	年齢相応　弱視　盲目
聴力	年齢相応　やや遠い　難聴	性格	問題なし　攻撃的　無気力　拒否的
摂食障害	なし　少し介助　かなり介助　完全介助　燕下困難　経管栄養　胃ろう　その他		
食事内容	普通食　おかゆ・刻み食　ミキサー食　治療食　胃ろう・経管　極端な偏食		
医療行為	在宅酸素　インシュリン注射　透析　人工肛門　経管・胃ろう　喀痰吸引　点滴・IVH　その他		

月間収入　（年金の種類）	家系図
介護協力者の人数・年齢・続柄・状況など	

利用者調書　2

特別養護老人ホームあじさい苑
令和　年　　月　　日　記入

Ⅰ　現在の生活状況の該当する項目に○をつけてください。

１、病院に入院している　　病院名
　　入院期間　　～
　　入院となった原因

２、ケアハウス・グループホーム・経費、養護、有料老人ホームなどに入所している
　　施設名
　　入居開始日

３、老人保健施設・長期療養型施設に入所している
　　施設名
　　入所開始日

４、ショートステイを利用している
　　利用回数　月に　　日程度
　　施設名

５、デイケア・デイサービスを利用している　　利用回数　月日程度

６、ヘルパー・訪問看護を利用している　　利用回数　月日程度

７、その他

Ⅱ　あじさい苑以外で入所の申し込みをしている施設があれば記入してください。

（　　）（　　）（　　）
（　　）（　　）（　　）

Ⅲ　身体状況についてお聞きします。

１、食事について該当する所に○を付けてください。

主　食　・・・　ご飯　粥　ミキサー

副　菜　・・・　常菜　一口大　キザミ　ミキサー

食事の自立度　・・自分で食べられる　自分で食べられるが見守りが必要
　　一部介助　全介助

経管栄養　・・・　胃ろう　鼻腔

２、排泄についてお聞きします。該当する項目を○で囲んでください。

尿　意　ある　なし　曖昧　　便　意　ある　なし　曖昧

日中の状況　トイレに自分で行っている　定期的にトイレに誘導している
　　トイレに自分で行くが失禁もある　オムツ交換
　　ポータブルトイレを使用　尿器を使用

夜間の状況　トイレに自分で行っている　定期的にトイレに誘導している
　　トイレに自分で行くが失禁もある　オムツ交換
　　ポータブルトイレを使用　尿器を使用

その他　人工肛門　バルーン

３、入浴はどのようなタイプのものを利用していますか？

一般浴　ストレッチャー式の浴槽　車椅子型の浴槽　清拭
その他

４、寝具について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

・固定式ベッド
・低床ベッド
・エアーマット
・低反発マット
・ムアツマット

５、歩行について該当する項目に○を付けてください。

（ ）自立歩行可能で転倒の危険性もほとんどない
（ ）自立歩行しているが、ふらつきがあり転倒の危険性が高い
（ ）杖やシルバーカーを使用し、自立歩行している
（ ）杖やシルバーカーを使用しているが、転倒の危険性高く、歩行時見守りや付き添いが必要である
（ ）介助や手すりがあれば立ち上がることは可能だが、日常的には車椅子を使用
（ ）立ち上がりは介助でも困難で、車椅子を使用している
（ ）異動のほとんどを這って行っている
（ ）室内はつたい歩きや杖などで歩行しているが、外出時は椅子を使用
（ ）調子の良いとき悪いときがあり、そのときにあわせて歩行スタイルを検討
（ ）その他
（ ）

６、日中の過ごし方について

（ ）ほとんど起きて生活している
（ ）何時間か横になることはあるが、ほとんど起きて生活している
（ ）食事やおやつ以外はほとんど横になって生活している
（ ）食事も寝室で摂りベッドで過ごすことが主となっている
その他
（ ）

Ⅳ医療面についてお聞きします。

１、当てはまる事項に○をつけ、必要事項を記入してください。

	病名	発症年月日		病名	発症年月日
	脳梗塞			アルツハイマー	
	脳内出血			老人性認知症	
	脳血栓			高血圧	
	くも膜下出血			高脂血症	
	心筋梗塞			喘息	
	糖尿病			精神疾患	
	リウマチ			心不全	
	パーキンソン				

２、皮膚の状態や身体の麻痺等についてお聞きします。

（　）身体の麻痺　　・右半身　・左半身　・上半身　・下半身　・その他＿＿＿＿＿＿

（　）筋力低下　　・右手　・左手　・右足　・左足　・両手　・両足　・その他＿＿＿

（　）床ずれ　　・臀部　・頭部　・背中　・肘　・かかと　・腰部　・その他＿＿＿＿

（　）皮膚　　・手や足の水虫　・疥癬　・その他＿＿＿＿

３、精神状態についてお聞きします。該当するもの全てに〇をつけてください。

① 物を盗られたと被害的になる　（ときどき・よくある・我慢できない）
② 実際にないものが見えたり聞こえたりする　（ときどき・よくある・我慢できない）
③ 作話をし、周囲に言いふらすことがある　（ときどき・よくある・我慢できない）
④ 泣いたり笑ったりして感情不安定になる　（ときどき・よくある・我慢できない）
⑤ 夜間不眠、または昼夜の逆転がある　（ときどき・よくある・我慢できない）
⑥ 暴言暴行がある　（ときどき・よくある・我慢できない）
⑦ 同じ話をくりかえし、不快な音を立てることがある　（ときどき・よくある・我慢できない）
⑧ 大声を出すことがある　（ときどき・よくある・我慢できない）
⑨ 一人で外に出たがり目が離せない　（ときどき・よくある・我慢できない）
⑩ 不潔な行為を行うことがある　（ときどき・よくある・我慢できない）
⑪ 食べられないものを口に入れることがある　（ときどき・よくある・我慢できない）
⑫ ひどいもの忘れがある　（ときどき・よくある・我慢できない）

特記事項

＊　特に早期入所を希望される方は、希望する理由、ご家族の状況などを詳しく記入下さい。

～調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました～

＊この利用者調書は、特別養護老人ホームあじさい苑の入所申し込みのみに使用され個人情報を厳守します。

＜入所申込み手続きについて＞

入所申込み、ありがとうございます。

入所申込書に関して必要書類がございますので、下記の書類を一緒にご提出して頂きたいと思います。

① 介護保険被保険者証のコピー
② 認定調査票及び主治医意見書のコピー
→②につきましてお手元に無い場合は、市原市役所高齢者支援課まで行って頂き、書類を添えてご提出下さいますよう、お願い致します。＊他市・他県不要

お手数おかけ致しますが、宜しくお願い致します。

なお、ご不明な点や状況が変わった場合（介護度が変わった、他施設入所が決まったなど）がございましたら、お電話等頂ければと思います。

特別養護老人ホーム　あじさい苑
TEL　0436-36-1533
相談員　中澤　真美