

特別養護老人ホーム さつきの里 入所申込書(2)

	<p>※主に介護をされている方の状況について 該当する項目にチェックを入れてください。</p> <p>○「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護を行えるか <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少は介護できる <input type="checkbox"/> 介護できる</p> <p>○ 年齢 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳未満</p> <p>○ 就労の状況 <input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 <input type="checkbox"/> 就労無し</p> <p>○ 入所希望者以外の方の介護、または育児の状況について <input type="checkbox"/> 常時あり <input type="checkbox"/> 半日程度あり <input type="checkbox"/> 臨時であり <input type="checkbox"/> 入所希望者以外なし</p>
介護の負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし (状況: _____)
介護への関わり	<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 非常に困難 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 可能 (状況: _____)
同居家族の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 週1～3回程度 <input type="checkbox"/> 週4回以上 (状況: _____)
別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 週1～3回程度 <input type="checkbox"/> 週4回以上 (状況: _____)
近隣者等の介護協力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 週1～3回程度 <input type="checkbox"/> 週4回以上 (状況: _____)
その他伝えておきたい事	<p>【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】</p>

特別養護老人ホーム さつきの里 入所申込書(3)

入所希望者の状況に該当するものにチェックをして下さい。(担当ケアマネジャーや病院、施設等に記入を依頼しても構いません。)
 (「特記事項」「頻度」等についても、可能な限り具体的にお書き下さい。)

身体の状況	歩行: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 福祉用具、手引きで歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行不可 <input type="checkbox"/> 車椅子 (特記事項:) 移乗: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 立位可 (特記事項:) 排泄: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 (特記事項:) 食事: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【食事形態: 】 (特記事項:) 入浴: <input type="checkbox"/> 自立・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭のみ (特記事項:) 視力: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 見えない / 聴力: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 難聴 嚥下(飲み込み): <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不良 / 睡眠: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (服薬: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 麻痺(まひ): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:) 褥瘡(じよくそう): <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位:)			
意思疎通	発語: <input type="checkbox"/> 話ができる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 話せない 意思決定: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な内容は可能 <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない 理解: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な内容は可能 <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない			
認知症自立度 及び 精神状態 問題行動	認知症高齢者の日常生活自立度(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M) 【精神状態】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想(被害・嫉妬・物盗) <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 (特記事項(頻度等):) 【問題行動】 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 物の収集 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 繰り返し言動 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 大声・奇声をあげる <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不穏(暴言・暴行・破壊) (特記事項(頻度等):)			
医療の状況	現在治療中の病気・ケガ 既往症(感染症を含む、治療期間・病名・医療機関を明記して下さい) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">かかりつけ医</td> <td style="width: 40%; border: none;">病院名</td> <td style="width: 40%; border: none;">科目名</td> </tr> </table> 【医療行為】 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> その他() (特記事項)	かかりつけ医	病院名	科目名
かかりつけ医	病院名	科目名		
担当ケアマネ ・ 病院相談員等	事業所・病院名 担当者名 電話番号 () (特記事項)			