

入 所 申 込 書

令和 年 月 日

社会福祉法人双樹苑

特別養護老人ホームなかやま荘 理事長殿

申込者住所 _____

氏 名 _____

連絡先番号 _____

1. 入所希望者

氏 名 _____ 男・女

生年月日 T・S _____ 年 月 日 歳

住 所 _____

要介護度 () 認定期間 _____

2. 入所希望 : 本人・家族・その他

3. ①現在のサービス利用状況

1) 介護サービス: 訪問・通所・施設 ()

2) 医療機関入院:

②申し込み理由

記入不要 受付年月日 令和 年 月 日 受付番号

介護認定済 要介護 3 以上あり・なし

基本調査

申込者様の生活状況や身体状況を事前に施設で把握したいのでご協力をお願いします。

なお、ご記入頂いた個人情報 は 厳重に管理し、本来の目的以外には使用しません。

1. 入所希望者

本籍： 住所地と同じ・ _____

電話： _____

2. ご家族の現状況

1) 配偶者の現状：有・無 氏名 _____

現状：1、健康 2、病弱 3、入院中

4、その他（離婚等） 5、死別（ 年 月 日）

2) 世帯：独居・同居者あり

同居者 氏名： _____ 続柄（ ）

氏名： _____ 続柄（ ）

3) 子供の状況

①氏名： _____（ ） TEL

住所： _____

②氏名： _____（ ） TEL

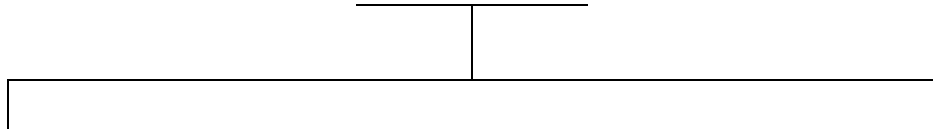
住所： _____

③氏名： _____（ ） TEL

住所： _____

④氏名： _____（ ） TEL

住所： _____



3. 入所希望者様の生活歴・日常生活状況・病歴等

①今までの職歴：_____

②性格：_____

③趣味：_____

④健康時の過ごし方：_____

⑤病歴：

S・H・R 年 月頃：病名 _____

S・H・R 年 月頃：病名 _____

S・H・R 年 月頃：病名 _____

S・H・R 年 月頃：病名 _____

S・H・R 年 月頃：病名 _____

S・H・R 年 月頃：病名 _____

⑥宗教：_____

⑦現在の情報は別紙へ記入をお願いします。

利用者情報

特別養護老人ホームなかやま荘

氏名	様	大昭 年 月 日 (歳)		要介護	調査日(令和 年 月 日)	
		主病名				
日常生活動作	移動	自力歩行 自立	杖・歩行器 見守り	シルバーカー 全介助	車椅子(普・リ) 自操(可・不可)	運動障害 無・有
	移乗	自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまり可能 <input type="checkbox"/> 体幹支えて可能 <input type="checkbox"/> 軽く手を添えると可能	全介助		四肢拘縮(無・有)
	立位	自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまり可能 <input type="checkbox"/> 体幹支えて可能 <input type="checkbox"/> 軽く手を添えると可能	できない		
	寝返り	自立	ベッド柵につかまり可能	体位交換必要	褥瘡(無・有)	麻痺(無・有)
	起上がり	自立	ベッド柵につかまり可能	全介助		
	座位保持	自立	背もたれがあればできる	できない		
食事	摂取状況	自立 箸・スプーン その他 ()	見守り・一部介助 食べこぼし(無・有)	全介助	義歯(無・有) (上・下) 自己管理 (可・不可)	経管栄養 (胃ろう) 《 》
	主食	常食	お粥(分)	ミキサー粥	嚥下障害:無 (有 トロミ必要)	禁止食品等:無・有
	副食	常食	キザミ	ミキサー		治療食 ・塩分(g) ・DM(Kcal)
	飲み物	自立	一部介助 (コップ・ストロー)	全介助		
排泄	日中	自立	一部介助 (誘導・更衣・後始末)	全介助	下着・リハパン オムツ・尿取り	トイレ・Pトイレ・尿器
	夜間	自立	一部介助 (誘導・更衣・後始末)	全介助	下着・リハパン オムツ・尿取り	トイレ・Pトイレ・尿器
		尿意(無・有) 便意(無・有)	失禁(無・有) (常時・時々)	便秘(無・有) 下剤(無・有)	人工肛門(無・有) バルーン(無・有)	
清潔	入浴	一般浴・機械浴	一部介助 (洗身・洗髪・浴槽出入り)	全介助		
	口腔ケア	自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> セッティングのみ介助		うがい(できない・できる)	
	更衣	自立	準備し声がけ、見守り	袖を通すことだけ できる	全介助	ボタン掛け(可・不可) 靴・靴下着脱 (可・不可)
睡眠	睡眠	良眠	<input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠	夜間不穏:無・有		眠剤(無・有)
コミュニケーション	聴力障害	無	有 ()			補聴器(無・有)
	視力障害	無	有 ()			メガネ(無・有)
意思疎通	意思疎通	問題無・有	発語 ・日常的会話可能 ・基本的な要求なら可能 ・身振り、筆談なら可能 ・会話として成り立たない	理解 ・日常会話可能 ・基本的な要求なら可能 ・身振り・筆談なら可能 ・時々理解できる ・理解できない		
	言語障害 (無・有)					
・集団生活はできるほうですか		(はい・時々・いいえ)	・自分の名前はわかりますか		(はい・時々・いいえ)	
・カッとしたりイライラしたりしますか		(有・時々・無)	・こだわり傾向がありますか		(有・時々・無)	
・暴力・暴言はありますか		(有・時々・無)	・感情が不安定になりますか		(有・時々・無)	
・大声を出すことはありますか		(有・時々・無)	・不潔な行為をしますか		(有・時々・無)	
・幻想や妄想がありますか		(有・時々・無)	・帰宅願望はありますか		(有・時々・無)	
・介護に抵抗がありますか		(有・時々・無)	・昼と夜を間違えますか		(有・時々・無)	
・物忘れをよくしますか		(有・時々・無)	・一人でうろろ歩きまわりますか		(有・時々・無)	
感染症	HBs抗原(+-) HBs抗体(+ -) HCV抗体(+ -) MRSA(+ -)					アレルギー(無・有)
	梅毒(+ -) 結核(+ -) 疥癬(+ -) 白癬(+ -)					薬()
肺炎球菌ワクチン予防接種:ニューモバックス・プレバナー 済み(年 月 日) / 未摂取					食品()	
コロナワクチン予防接種: 回数 回 最終接種日 年 月 日 / 未接種						
注意点						

情報提供者: 本人・家族・ケアマネ・()

記入者: