

紫水園・第二紫水園 入所申込書兼調査書

フリガナ		男	生年	明治・大正・昭和
本人氏名	様	女	月日	年 月 日 () 歳
本人住所	〒			
電話番号	- -	要介護度	1 2 3 4 5	
介護保険証の区市町村名……		介護保険被保険者番号……		
健康保険	有・無 (後期高齢、国保、障害者医療証、その他)			
年金	有・無 (国民年金、厚生年金、共済年金、老齢福祉年金、恩給、その他)			
障害手帳	有・無 (等級 級、第 種) : 障害名 ()			
愛の手帳	有・無 (度)		身長……	cm
生活保護	有・無 (年 月 日より)		体重……	kg
家族又は親族構成	氏名	続柄	年齢	住所・電話番号
	様			〒 TEL - -
	様			〒 TEL - -
	様			〒 TEL - -

あてはまる項目にチェックをしてください

同居の家族について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ (相手は 歳) <input type="checkbox"/> 夫婦以外に同居者がいる			
主に介護している方について	・介護する人は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある ・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない			
介護を手伝う方について	・介護を手伝う方は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ※いる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外 ()			
住まいについて	・今の住まいは、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 ※自宅以外の場合、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい			
介護する上での住宅の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化は著しい			
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為 (具体的な内容) <input type="checkbox"/> 医療器具使用 (具体的な内容) <input type="checkbox"/> 病気がある (病名)			

現在受けている介護や治療の様子

自宅以外での介護や治療 ※自宅にいらっしゃる方は記入は結構です	・現在おられるのは、 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 施設の名称 () <input type="checkbox"/> 入所 (院) 開始日 年 月 日より			
ケアプランなどについて	・ケアプランは、 <input type="checkbox"/> 作っている <input type="checkbox"/> 作っていない ・相談できる介護支援専門員は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の氏名 様 <input type="checkbox"/> 事業所名称 TEL - -			
在宅サービスについて	・在宅サービスは、 <input type="checkbox"/> 使っている <input type="checkbox"/> 使っていない ・今後の利用は、 <input type="checkbox"/> 今のままでよい <input type="checkbox"/> もっと増やしたい <input type="checkbox"/> サービスや使い方を改善したい (具体的に)			

申込者氏名 _____ 続柄 _____
 住所 〒 _____
 電話番号 _____

身体状況等調書②

本人氏名 _____ 様

該当する項目に○印を付けてください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在

認知症の有無	な い	時々ある	常にある	備 考
生年月日がわからない				
年齢がわからない				
日付・季節がわからない				
用事を忘れる				
故人の認識ができない				
直前にあったことがわからない				
居場所がわからない				
身近な家族の認識ができない				
物を盗まれるなどという妄想がある				
幻聴・幻覚がある				
作り話をする				
興奮しやすい				
睡眠障害がある				
昼と夜の区別がつかない				
徘徊をする				
帰宅欲求がある				
異食がある				
不潔行為がある				
大声や奇声をあげる				
不安が強く絶えず介護者を呼ぶ				
他人と自分の物の区別がつかない				
暴力を振るうことがある				
その他 (_____)				
認知症はいつ頃から？	_____ 年 _____ 月頃より出始めている			

※この用紙は紫水園のみ必要、**第二紫水園には不要です。**