

## 高城園入所申込書

申込年月日		年 月 日										
入所申込者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	氏名			年 月 日( 歳)								
	住所	〒 (      )				連絡先	(      )					
	介護保険情報	介護認定	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 申請(更新・変更)中		要介護度	<input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5						
		保険者名			被保険者番号							
認定有効期間		年 月 日		～	年 月 日							
現在の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> 病院・有床診療所 <input type="checkbox"/> その他 (      )											
		年 月頃より		施設名等【      】								
家族・申込者	フリガナ			続柄			備考					
	氏名											
	住所	〒 (      )				連絡先	(      )					
その他の連絡先	フリガナ			続柄			連絡先	(      )				
	氏名											
居宅介護支援事業者	事業所名					フリガナ						
						担当者名						
他施設状況の申込	連絡先			備考								
	施設名1			申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期      年 月頃)								
	施設名2			申込 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 済 (申込時期      年 月頃)								
入居希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃入所したい										



入所希望者本人の状態	該当項目にチェック	食事	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可
		食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( ) 副食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )
			嚥下 <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ使用 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
		排泄	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			尿意 <input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
			便意 <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ない <input type="checkbox"/> ない
			下着 <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 ) <input type="checkbox"/> パッド ( <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 )
			場所 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		入浴	状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			方法 <input type="checkbox"/> 家庭浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴
			更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			拒否 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある
		動作等	移動方法 <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 介助
			立位 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			座位 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			寝返り <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			外出 <input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり
		身体状況	視力 <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
			聴力 <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
			言語 <input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
意思 <input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> 疎通できない			
麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 )			
睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
嗜好品等	飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (量 ) タバコ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸わない (本/日)		
認知症の症状	該当項目にチェック	<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有 診断名 _____ 時期 _____	
		<input type="checkbox"/> 常時徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 脱衣	
		<input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他傷 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 声出し	
		<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 自殺願望	
		<input type="checkbox"/> セクハラ <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> その他	
		※上記の状態について具体的に記入してください。	
医療情報	該当項目にチェック	<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> バルン留置 <input type="checkbox"/> 吸引 昼回夜回 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他	
既往歴		結核の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 精神疾患の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 骨折の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	