

# 敬愛会入居/利用 申込書 兼 情報提供書

<ご希望するサービスに✓(チェック)をお願いします>

- 特別養護老人ホーム 敬愛ホーム      特別養護老人ホーム ほゝえみ  
 ウェルケア立川(グループホーム)      ウェルケアひだまり (グループホーム ・ 小規模多機能 )

記録日 年 月 日

申込者名: 様

記録者

ふりがな 氏名			性別	生 年 月 日		
				M・T・S 年 月 日 ( )		
住所	〒				<電話>	
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	TEL	携帯	
<<家族構成>> 主介護者に「主」、副介護者に「副」、同居者を○で囲む 例  本人 ... ◎ 死亡 ... ■ 男 ... □ 夫婦 ... = 女 ... ○				<<家族構成>>		
要介護	1 2 3 4 5	要支援	1 2	被保険者番号		
認定日	年 月 日		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
負担割合	1割 2割	負担限度額	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階			
医療証等	後期高齢・国保・生活保護 ( )			障害自立度	認知症自立度	
医療機関 (主治医)	病院名: ( 科 )		医師名: Dr			
	〒		連絡先:			
	通院頻度: 回 / 週間・月	最終検診日		年 月 日		
	病院名: ( 科 )		医師名: Dr			
	〒		連絡先:			
	通院頻度: 回 / 週間・月	最終検診日		年 月 日		
利用希望理由	-----					
生活暦	出身:	兄弟:	親の職業:	最終学歴:		
	結婚日:	ご本人の旧姓:	子供:	出産後の生活:		
	慣れ親しんだ場所:	依存すること				
	その他:					
趣味・娯楽	過去( )		現在( )			
飲酒・喫煙	無 ・ 一日		本程度 ・ やめた(いつごろ: )			
日常生活の様子	-----					
ご利用者 ご家族の 希望	-----					

現在のサービス利用状況	* 現在、サービスを利用していますか	Yes	No
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援（事業所名： _____）（担当者： _____）		
	<input type="checkbox"/> ショートステイ（特養・老健・病院・その他）	<input type="checkbox"/> 通所介護・リハ	<input type="checkbox"/> 訪問介護・看護
	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> その他（ _____）	
	* 現在使用している福祉用具（ _____）		
	* 利用している場合、初回の時に混乱等はみられましたか	Yes	No

～健康状態～

既往歴	_____	現病歴	_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____

※何年(何歳)にどのような病気、状態なのか。また、急性期の病気や熱、骨折、抜糸等の状況も記載

確認	感染症	MRSA	疥癬	肝炎	その他（ _____）
	皮膚疾患	湿疹	水虫	あざ	（部位： _____）

薬の管理 本人・ご家族・その他（ \_\_\_\_\_） ※湿布や目薬もあれば記載お願い致します。

薬名	朝 昼 夕 就				効能
	朝	昼	夕	就	

禁忌事項	避けるべき話題（ _____）
	避けるべき言葉（ _____）
	避けるべき活動（ _____）

本人確認	ご利用にあたってご本人に説明をしましたか	Yes	No
	ご本人に同意を得られましたか	Yes	No
	ご本人の利用意欲はありますか	有	無



～精神状態～

性 格	・明るい ・内向的 その他 ( )	・社交的 ・無口	・穏やか ・怒りやすい	・おおらか ・頑固	・積極的 ・神経質	・無気力 ・依存的
対人関係	・普通 ・拒否的である ・協調的である ・その他 ( )					
認知症	・無 ・有 ( 軽度・中度・重度 ) ( 脳血管・アルツ・ )					
精神状態	・正常 ・部分的に精神障害が見られる ・全般的に精神障害が見られる					
	記憶障害: ・軽度・中度・重度 ( )					
	失見当: ・軽度・中度・重度 ( )					

～周辺症状～

ア、自分の名前が	1・ 見える	2・ 見えない	
イ、今の季節が	1・ わかる	2・ わからない	
ウ、今日の日がちが	1・ わかる	2・ わからない	
エ、物を取られた等の被害的になる事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
オ、作話をし周囲に言いふらす事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
カ、実際にはないものが見えたり、聞こえたりする事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
キ、泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
ク、夜間不眠あるいは昼夜逆転が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
ケ、暴言や暴行が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
コ、しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
サ、大きな声を出す事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
シ、助言や介護に抵抗する事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
ス、目的もなく動き回る事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
セ、「家に帰る」等と言い落ち着きがない事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
ソ、一人で外に出たがり目が離せない事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
タ、いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
チ、物や衣類を壊したり、破いたりする事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
ツ、不潔な行為を行う(遊ぶ)事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
テ、食べられない物を口に入れる事が	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある
ツ、ひどい物忘れが	1・ ない	2・ ときどきある	3・ ある

特記事項(ご本人やご家族の生活全般についての追加事項、気になる事、疑問に思うこと等をお書きください。)