

施設入居待機者状況調査表

記入日 平成 年 月 日

施設入居希望者	(ふりがな)		
氏名(ふりがな)			
記入者	(ふりがな)	電話番号()	—
氏名(続き柄)		続柄()	

現在受けている在宅サービスの利用状況についてチェック及び頻度を記入して下さい

(尚、頻度については住宅改修は過去6ヶ月以内、その他のサービスは過去3ヶ月間の平均回数を記入)

	月	回		月	回
訪問診療・歯科診断・薬剤管理指導			訪問入浴介護		
訪問看護			グループホーム		日
訪問リハビリテーション			短期入所療養介護(老健・診療所)		回
訪問介護(ホームヘルプサービス)			短期入所生活介護(特養のショートステイ)		日
通所介護(デイサービス)			福祉用具貸与		種類
通所リハビリテーション(デイケア)			有料老人ホーム・ケアハウス		回
住宅改修	回	[改修箇所	その他 []	月
[]	[" []	月
					回

施設入居希望者の状況について該当する記号に○を付けてください

(1) 寝たきり度

J	一部自立 (日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる)
A	準寝たきり (屋内では概ね自立。しかし、介助なしに外出できない)
B	寝たきり (日中ベッドの生活が主体。しかし、座位を保てる)
C	寝たきり (1日中ベッドで過ごし、排泄・食事等全面的に介助を要する)

(2) 日常生活動作の状況

移動(移乗)	A 自立	B 見守り	C 一部介助	D 全介助
方法	A 歩行	B 杖歩行	C 歩行器	D 車椅子
食事摂取	A 自立	B 見守り	C 一部介助	D 全介助
方法	A はし	B スプーン	C その他	
排泄(トイレ)	A 自立	B 見守り	C 一部介助	D 全介助
方法	A トイレ	B おむつ	C ポータブル	D その他
嚥下(飲込み)	A できる	B 見守り	C できない	
そしゃく困難	A あり	B なし		
入浴	A 自立	B 見守り	C 一部介助	D 全介助
着脱衣(着替え)	A 自立	B 見守り	C 一部介助	D 全介助

整容(洗面)	A 自立	B 見守り	C 一部介助	D 全介助
排便の後始末	A 自立	B 見守り	C 一部介助	D 全介助
排尿の後始末	A 自立	B 見守り	C 一部介助	D 全介助
便意の有無	A あり	B ときどき	C なし	
尿意の有無	A あり	B ときどき	C なし	
生年月日	A 答えることができる		B 答えることができない	

(3) 認知症の状況

A 無 ・ B 有 (軽度・中度・重度)
*有の場合は、該当する具体的な項目に○を付けてください
・物忘れ ・見当識障害 ・暴力的行為 ・自傷行為 ・火の不始末 ・徘徊
・不穏興奮 ・不潔行為 ・失禁 ・収集癖 ・昼夜逆転 ・異食
・その他()

(4) 嗜好について

好きな食べ物	
嫌いな食べ物	
食事の形態(主食)	普通 むすび お粥
(副食)	普通 キザミ ミキサー
治療食の有無	なし 心臓病食 ・ 腎臓病食 ・ その他()
酒などのアルコール類	なし あり (1日 酒 合・ビール ml・ウイスキー ml) くらい
タバコ	なし あり (1日 本くらい)
食べ物のアレルギー	なし あり ()
薬(くすり)のアレルギー	なし あり ()

(5) その他

生活習慣 (1日のリズム)	
性格	
麻痺箇所の有無	・無 ・有()
歯	・自分の歯 ・一部入れ歯 ・総入れ歯(上・下) ・なし
便通	・規則正しい ・不規則
視力	・見える ・見えにくい(右・左) ・白内障(右・左) ・メガネ ・見えない
聴力	・聞こえる ・聞こえにくい(右・左) ・補聴器(右・左) ・聞こえない(右・左)
言語	・普通 ・やや障害 ・障害
言語理解	・できる ・少しできる ・できない

施設使用欄

施設長							係員

入居日	
居室	(階)
備考	

入居申請書

受付No. _____

社会福祉法人 天寿会
 特別養護老人ホーム後楽荘
 施設長 殿

〒 _____
 申請者 住所

平成 年 月 日

氏名

 入居希望者との続柄 (_____)

私（次の者）は、社会福祉法人 天寿会・特別養護老人ホーム 後楽荘に入居したいので申請します。

ふりがな 入居希望者		性別 男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)	
住所	〒 _____		連絡先	自宅 Tel _____ その他 Tel _____	
介護保険 要介護認定	済・申請中・未 自立・要支援・要介護 ()	認定の有効期間	介護保険証番号 _____ 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで		
介護保険負担限度額認定		未申請・申請中・非該当・1段階・2段階・3段階			
各種公費認定		被爆者認定・生活保護・社福減免・その他 (_____)			
同居家族	続柄	ふりがな 氏 名	生年月日	緊急連絡先(勤務先等)	携帯電話・FAX他
			・		
			・		
別居家族	続柄	ふりがな 氏 名	生年月日	緊急連絡先(勤務先等)	携帯電話・FAX他
				〒 _____	
				〒 _____	
				〒 _____	
				〒 _____	

※ ご記入頂いた情報は、社会福祉法人 天寿会に於ける管理及び審査を目的としたものであり
 その他の目的では使用いたしません

