

## 特別養護老人ホームひなた 入所申込調査票

|          |         |
|----------|---------|
| 入所申込者氏名: | 被保険者番号: |
|----------|---------|

|             |  |  |     |
|-------------|--|--|-----|
| 調査年月日       | 年 月 日  | 調査者氏名  |     |
| 現 状         | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> その他( )   |  |     |
| 使用施設名       | (病院・施設名: ) ※自宅の場合は無記入  |  |     |
| 介護保険サービス確認欄 | 利用している介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>調査時点での在宅サービスの利用単位数 ( ) 単位)<br>他施設申込み状況 ( )  |  |     |
| 健康保険        | 種 別  | 年金等  | 種 別 |
| 障害手帳等       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(手帳の種類: )、障害名: )<br>判定: 級 種、その他( )  |  |     |
| 食 事         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯( )  |  |     |
|             | 内 容  | 主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養<br>副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー ※食事制限( )<br><input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク |     |
| 入 浴         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( 特浴・中間浴・一般浴・夜間浴 )  |  |     |
| 着脱衣         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |  |     |
| 排 泄         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>排泄状況: <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ等 <input type="checkbox"/> その他( )<br>下剤服用:( 有・無 ) 便: 日 回 失禁:( 有・無 )   |  |     |
| 移 動         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>歩行状況: <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可<br>移動器具の使用: <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人カー <input type="checkbox"/> 車椅子等 <input type="checkbox"/> その他( )<br>【状況: 】  |  |     |
| 視 力         | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 ( 老眼鏡使用: 有・無 )<br>【状況: 】   |  |     |
| 聴 力         | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴<br>【状況: 】   |  |     |
| 言語・会話       | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能   |  |     |
| 認知症等        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 軽度・中度・重度 )<br>症 状: <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行<br><input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他( )<br>【状況: 】 |  |     |
| 薬の服用        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 薬名等: )   |  |     |
| 既往歴         | 年 月(頃):  |  |     |
|             | 年 月(頃):  |  |     |
|             | 年 月(頃):  |  |     |

【特記事項】