

特別養護老人ホーム まきの苑
入所申込書

受付日	年 月 日	受付者
受付No.	No.	

名前	ふりがな		男	生年月日	M・T・S		
	住所	〒			女	年 月 日	(歳)
現況	<input type="checkbox"/> 在宅生活中である → <input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居をしている <input type="checkbox"/> 施設・病院に入所（入院している）（施設名： _____）						
介護保険情報	要介護度 1・2・3・4・5 有効期限 年 月 日～ 年 月 日						
	負担割合証 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割						
	限度額認定証 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 段階） <input type="checkbox"/> 無						
年金等	国民年金・厚生年金・共済・恩給・その他（生活保護・ _____）						
主治医	医療機関： _____			医師名： _____			
既往歴	病名	発症時期・治療状況等			医療機関		
現病名							
身体 の 状 況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （食事の種類）（主食） <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー （副食） <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （おむつの使用） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 （歩行） <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり					
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる					
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない					
認知症・精神の状況	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする 自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行動等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載して下さい。 _____ _____						

