

ケアハウスきたひろしま 入居申込書

受付No. _____

申込書記入日 年 月 日	※施設受付日 年 月 日
-------------------------------	-------------------------------

入居 予 定 者	ふりがな _____ 氏名： _____ 様 [㊦]	性別	生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 月 日 歳
	〒 _____ ☎ _____			
	認定期間： _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日 まで			
	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		被保険者番号： _____	

身元 引 受 人	ふりがな _____ 氏名： _____ 様	続柄	年齢	〒 _____
	連絡先 ① _____			〒 _____
	連絡先 ② _____			

親 族 状 況	ふりがな _____ 氏名 _____ 様	続柄	〒 _____
	※緊急時の対応→可・否 ◎対応可能な曜日・時間帯：		
	連絡先 _____		
	ふりがな _____ 氏名 _____ 様	続柄	〒 _____
※緊急時の対応→可・否 ◎対応可能な曜日・時間帯：			
連絡先 _____			

・入居申込の理由（具体的にご記入ください）

・既往歴

・出生地～
 ・学歴、職歴～
 ・生活歴（結婚、子供等）～

通院状況	・国民健康保険（本人・家族） ・後期高齢者医療制度 ・その他（ ）			
	病院名	病名	担当医	いつ頃から？
生活・サービス利用状況	・住まい：家族と同居・夫婦・独居・施設入所（ ）			
	・入院中：病院名（ ）主治医名（ ）			
	治療内容（ ） 担当相談員名（ ）			
	・担当ケアマネージャー： 様・事業所名			
	・利用中のサービス：	・デイサービス	・デイケア	・訪問介護
	・福祉用具（入居後はレンタルを利用出来ません）		・ショートステイ	
	・老健入所中	・その他（ ）		
趣味等	・趣味や日課等			
	・嗜好			
	・飲酒		・喫煙	
収入状況	・国民年金 ・厚生年金 ・共済年金 ・遺族年金（基礎 ・ 厚生 ・ 共済） ・ 恩給			
	・不動産、利子配当など（ ）			
	・1年間の収入総額：		円	
支払方法	・全額本人負担	※親族負担がある場合、下記に代表負担者情報を記載		
	・一部親族負担	氏名	様	続柄：
	・全額親族負担	住所		
	・その他	連絡先		
寝具類	※施設には備え付けのベッド・寝具はありませんので、どちらかをお選びください。			
	・ レンタル(ベッド ・ 寝具)		・ 持ち込み(ベッド ・ 寝具)	
入居の希望時期： ・すぐに入居したい ・空きが出たら ・将来に備えて ・希望時期あり				
※入居時期などのご要望は、下記に記載して下さい。				

ADL等確認表(日常生活動作の情報)

記載日 令和 年 月 日

氏名 様

※身長 cm 体重 kg		記載者 様	
項目	評価	特記事項	
食事	食事摂取動作	・自立 ・見守り(声掛け含む) ・一部介助 ・全介助	
	食事形態	主食:①米飯、②粥、③ミキサー	
		副食:①常食、②刻み食(一口大・超刻み)、③ミキサー	
	禁止食品	・無 ・有(アレルギー、嗜好、薬剤、その他)	
	使用具	・箸 ・スプーン ・フォーク ・自助具	
飲水摂取	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助		
	《水分制限》…無 有→ ml/日		
排泄	動作	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	
	排尿	・トイレ ・ポータブルトイレ ・尿器 ・おむつ	
		回数…日中 回程度、夜間 回程度	
	排便	・トイレ ・ポータブルトイレ ・尿器 ・おむつ	
		回数(1日 回、または 日に1回)	
	失禁	・有り ・無し ・時々	
オムツ、パット	・尿取りパット ・リハビリパンツ ・テープ止めオムツ		
使用状況	①日中のみ ②夜間のみ使用 ③常時使用		
入浴	方法	・一般浴 ・機械浴(座ったまま、寝たまま)	
		*一般浴の場合→階段の昇降 可 不可	
	洗身動作	・自立 ・一部介助 ・全介助	
移動動作	・自立 ・見守り ・手引き ・シャワーチェア等		
更衣	上着衣	・自立 ・見守り ・一部介助(声掛け含む) ・全介助	
	下衣	・自立 ・見守り ・一部介助(声掛け含む) ・全介助	
移動	起き上がり	・①柵など掴まらずに可、②掴まって可、③出来ない	
	座位	・①柵など掴まらずに可、②掴まって可、③出来ない	
	移動動作 ・歩行状態	・①柵など掴まらずに可、②掴まって可、③出来ない	
		・自立 ・自助具使用(①車椅子、②杖、③歩行器、④シルバーカー、⑤装具)	
	転倒	・1年以内の転倒 ・無 ・有→特記に記載	
移乗	・自立 ・見守り ・一部介助(声掛け含む) ・全介助		
整容	口腔ケア	・自立 ・見守り ・一部介助(声掛け含む) ・全介助	
	義歯の有無	・無 ・有→総義歯 ・上のみ ・下のみ ・部分義歯	
	洗顔	・自立 ・見守り ・一部介助(声掛け含む) ・全介助	
視覚	眼鏡等の使用	・無 ・有→ ・常時 ・読書時等 ・その他	
		・新聞の文字が読める ・読めない	
聴覚	聴力	・普通の声で可 ・やや聞こえにくい ・聞こえない	
	補聴器の有無	・無 ・有 →(両耳 ・ 右耳 ・ 左耳)	
認知	物忘れ	・年齢相応 ・有り ・診断あり→特記に記載	
	昼夜逆転・不眠	・有り→(眠剤使用) ・有 ・無	
	物の紛失	・有り→(頻度) ・頻繁 ・時々 ・無	
物盗られ	・訴え無し ・有		
皮膚	皮膚状態	・問題無し ・有(特記に記載してください)	
		*湿疹、かゆみ等で処置を行っていただければ特記に記載	
身体	麻痺の有無	・無 ・有り場合→ ・右上肢 ・右下肢	
		・左上肢 ・左下肢	
薬	内服薬	・自立 ・一部介助(声かけ含む) ・全介助	
	収支、通帳管理等	・自立 ・一部介助 ・全介助	