

# 入所利用申込書

介護老人保健施設サンガピア館

平成 年 月 日

利用者	ふりがな 氏名					要介護度
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)				
	住所	〒 -				
	電話番号	- -				
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 病院・施設名 ( )				
	かかりつけ医					
	ケアマネージャー					
	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
既往歴						
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	家族構成図	
連絡先①	氏名					
	続柄					
	住所					
	電話番号(携帯)					
連絡先②	氏名					
	続柄					
	住所					
	電話番号(携帯)					
利用希望理由						
退所予定先						

本人の状態	食事	<input type="checkbox"/> 自立（自助具なども自分で装着可能） <input type="checkbox"/> 一部介助（刻むなどの介助も含む） <input type="checkbox"/> 全介助（食形態 主食 副食）		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立（独歩・杖歩行・押し車） <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車イス（自操・介助）		
	車椅子からベッドへの移乗	<input type="checkbox"/> 自立（ブレーキ・フットレストの操作も含む） <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立（洗面や歯磨きなど） <input type="checkbox"/> 一部介助（手直し必要） <input type="checkbox"/> 全介助		
	トイレ動作(昼)	<input type="checkbox"/> トイレ（自立・介助） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（自立・介助） <input type="checkbox"/> 尿器（自立・介助） <input type="checkbox"/> オムツ内排泄 その他（ ）		
	トイレ動作(夜)	<input type="checkbox"/> トイレ（自立・介助） <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（自立・介助） <input type="checkbox"/> 尿器（自立・介助） <input type="checkbox"/> オムツ内排泄 その他（ ）		
	転倒・転落等の可能性	<input type="checkbox"/> 転倒リスクあり <input type="checkbox"/> 転落リスクあり その他事故（ ）		
その他 介護させて頂く 上で注意点があ ればご記入くだ さい				
認知症	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある			
認知症状	<input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 場所の認識 <input type="checkbox"/> 日付の認識 <input type="checkbox"/> 危険認識低下 <input type="checkbox"/> 感情が不安定になる <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 介護への拒否・抵抗 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 その他（ ）			
ご自宅環境	手スリ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 場所（ ）		
	車イスでの生活	<input type="checkbox"/> 出来ない <input type="checkbox"/> 出来る		
	昼間の介護状況	<input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護者あり		
	夜間の介護状況	<input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護者あり		
	その他 ご自宅に戻るた め必要な日常生 活動作をご記入 ください			