

申込日 年 月 日

あすなろ大泉学園 入居申込書

あすなろ大泉学園
施設長様

【申込者】

住所： _____

氏名： _____ 印
(続柄)

私は、有料老人ホームあすなろ大泉学園への入居を申し込みいたします。

入居 予定者	フリガナ				性別
	名前		要支援 1 2		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	要介護 1 2 3 4 5	年齢 歳	女
	フリガナ				
	住所	〒 -		TEL ()	
	現在いらっしゃる場所				
	1. 自宅				
	2. 病院 (病院名)				
3. 施設 (施設名)					
4. その他 ()					
現在担当のケアマネージャーの方について					
無・有 (事業所名： 氏名)					
身元 引受人 (予定)	フリガナ				性別
	名前		続柄		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	年齢 歳		女
	住所	〒 -		TEL ()	
	勤務先				

◎申込時は以下の添付資料をご提出ください

- 利用者状況調査票(申込書付属) 介護保険被保険者証のコピー
- 診療情報提供書(現在治療中の方、入院中の方。各医療機関指定様式で可)
- お薬手帳(情報提供書に薬情報の記載があるときは不要です)

◎入居時健康診断について

- 入居時に健康診断をお願いしています。(施設指定書式あり、3か月以内の健康診断結果があればそちらをご提出ください)

調査表

1

区分： 入居

氏名	性別 男・女	生年月日 M T S 年 月 日 才
	郵便番号	電話番号
	住所	

要介護度	被保険者番号	認定年月日	認定有効期間
		年 月 日	年 月 日～ 年 月 日

発症年月日	病名(症状)	手術の有無	医療機関名
年 月頃		有・無	
年 月頃		有・無	
年 月頃		有・無	
年 月頃		有・無	

かかりつけ医療機関名：			科
かかりつけ医師名：	医師	TEL	()
最終受診日：	年 月	最終受診日の病名：	

調査票2へ⇒

調査表

2-1

食事	食欲状況	普通	過食	小食	嚥下困難	むせやすい
	方法	自己(箸)	自己(スプーン)	一部介助	全面介助	
	主食/副食	米飯・おかゆ / 常食・きざみ・極きざみ・ミキサー・ムース				
	トロミ	なし・お茶などに必要・必要()				
	食事についての様子、制限、注意点など					
排泄	状況	トイレ	ポータブル	おむつ	尿・便器	
		自己	一部介助	全面介助		
	おむつ	おむつ(昼)	おむつ(夜)			
	状態	便意尿意あり	便意尿意なし	便意あり尿意なし	便意なし尿意あり	
	尿・便状況	尿漏れ(時々)	尿漏れ(度々)	痔(あり)	痔(なし)	下剤(あり)
		下剤(なし)	浣腸・座薬(あり)	浣腸・座薬(なし)		
	便秘のとき	薬を使用しない・薬を使用する(日ないとき を使う)				
排泄について毎日気を付けていることなど						
入浴 その他	入浴状況	自立	一般浴介助	個浴槽	機械浴	清拭
	着替え状況	自立	一部介助	全面介助		
	洗面状況	自立	一部介助	全面介助		
	入浴や整容について毎日気を付けていることなど					
睡眠/ 症状等	睡眠状況	普通	あまり眠れない	不眠症(眠剤)	不眠症(擬剤)	
	現症状況	動悸	頭痛	耳鳴り	のぼせ	肩こり
		上下肢痛	便秘	頻尿		
睡眠や現症状について毎日気を付けていることなど						
お薬情報	状況	脳代謝剤	降圧剤	心臓薬	糖尿病	増血剤
		目薬	鎮痛剤	安定剤		
		睡眠薬	向精神薬	皮膚薬	その他	
管理	自分で管理している ・ 自分以外の方が管理している					
身体状況	視力 右	正常	不自由	なし	眼鏡	
		新聞の字OK	テレビOK	ぼんやり	殆ど見えない	
	視力 左	正常	不自由	なし	眼鏡	
		新聞の字OK	テレビOK	ぼんやり	殆ど見えない	
	聴力 右	正常	不自由	なし		
		普通	やや大声	耳元で	補聴器	
聴力 左	正常	不自由	なし			
	普通	やや大声	耳元で	補聴器		
言語	普通	聞き取りにくい	よく聞き取れない	普通に会話		
	簡単な会話が可能		意思の疎通困難			

	歩行・移動	自立 介助歩行	つかまり歩行 車いす(自己)	杖 車いす(介助)	歩行器	
	麻痺	なし その他()	不全麻痺	右半身	左半身	四肢麻痺
	拘縮箇所	無・有[肩・肘・股関節・膝・足首・その他]				
	寝返り	できる	介助すれば可能	全面介助		
	床ずれ	なし	あり(薬の名前:)			
	歯	自歯	義歯(あり なし 上 下 全)			
	アレルギー	なし	あり()			
	皮膚状態	かゆみ	無・有 場所()	薬 無・有()	処置 無・有()	
		傷・床ずれ	無・有 場所()	薬 無・有()	処置 無・有()	
		湿疹	無・有 場所()	薬 無・有()	処置 無・有()	
		エアマット使用	無・有			
	感染症 (わかる範囲)	MRSA	陽性・陰性		疥癬	陽性・陰性
		B型肝炎	陽性・陰性		C型肝炎	陽性・陰性
		梅毒検査	陽性・陰性		その他()	
健康状態	良好	大病はないが虚弱		留意点()		
身長・体重	身長		体重			
精神状態	記憶障害	今の事をすぐ忘れる	半日程度覚えている	一日たつと忘れる		
		生年月日が言える	生年月日が言えない	年齢が言える	年齢が言えない	
	失見当	場所がわからない	部屋を出ると迷うことがあるその他			
	徘徊	目的地あり	不安(空腹)	不安(寒さ)	不安(トイレ)	不安(その他)
状況	幻視	幻聴	独語	異食		
	せん妄(昼)	せん妄(夜)	不潔行為			
	不穏興奮	被害的念慮	失語	理解力の著しい低下		
	物とられ妄想	心気症状	不定愁訴	抑鬱		
嗜好	飲酒・喫煙	飲酒(しない・する[量:])		喫煙(しない・する)※館内禁煙です。		
日常、ご自宅などでの過ごし方についてご記入下さい						
ホーム利用中の希望などございましたらご記入下さい						
現在のお身体の状態について注意点などありましたらご記入ください						

記入年月日 平成 年 月 日

利用者氏名

記入代理人

続柄()