

**特別養護老人ホーム翔洋苑・特別養護老人ホーム翔洋苑ユニット棟
入所申込書別紙（調査票）**

入所希望者氏名			記入者氏名	印	
記入者所属・職名 (※)	所属		連絡先	入所希望者	
	職名		電話番号	記入者	

※ 居宅介護支援事業所又は在宅介護支援センター又は、地域包括支援センターが記入した場合に記載する。

調査項目	内 容							
入 所 区 分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特例							
要 介 護 度	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 要介護 2 <input type="checkbox"/> 要介護 3 <input type="checkbox"/> 要介護 4 <input type="checkbox"/> 要介護 5						
	要介護認定期間	年 月 日 から 年 月 日まで						
介 助 の 状 況	食 事	介助の状況 <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 食事の内容 (主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 () (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()						
		排泄の状況 <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 排泄の方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他 ()						
	入 浴	介助の状況 <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 入浴の方法 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> その他 ()						
		更衣の状況 <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						
	体 位 変 換	介助の状況 <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						
		移動の状況 <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 器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()						
	【その他介助の状況に関する特記事項】							
	身 体 の 状 況	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力がない					
		聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力がない					
発 語		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語ができない						
障害手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【障害手帳等】						
		<table border="1"> <tr> <td>手帳等の種類</td> <td></td> </tr> <tr> <td>障害名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>障害の程度（級・度）</td> <td></td> </tr> </table>	手帳等の種類		障害名		障害の程度（級・度）	
		手帳等の種類						
障害名								
障害の程度（級・度）								
【その他身体の状態に関する特記事項】								

調 査 項 目	内 容															
医療の状況	<input type="checkbox"/> 疾病又は処置（※）があり、常時の看護又は見守りが必要。 ※ 経管栄養、在宅酸素、胃ろう等 <input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要。 <input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない。 【疾病又は処置がある場合のその状況】															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>主な疾病名又は処置名</th><th>治 療 の 状 況</th><th>医療機関名</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度 </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度 </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度 </td><td></td></tr> <tr> <td></td><td> <input type="checkbox"/>入院治療 <input type="checkbox"/>往診 <input type="checkbox"/>医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度 </td><td></td></tr> </tbody> </table>	主な疾病名又は処置名	治 療 の 状 況	医療機関名		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度			<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度			<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度			<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度	
	主な疾病名又は処置名	治 療 の 状 況	医療機関名													
		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度														
		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度														
		<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度														
	<input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 医療機関への通院 頻度：週 回、1回あたり 時間程度															
【その他疾病又は処置に関する特記事項】																
認知症の度合い	<input type="checkbox"/> Ⅳ以上 <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> なし ※ 認知症の度合いは、「痴呆性老人日常生活自立度判定基準」（平成 5 年 10 月 26 日老健第 136 号厚生省老人保健福祉局長通知）による 【認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項】															
	<div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div>															

調 査 項 目	内 容	
生 活 環 境 ※退所（退院）後の予定	単身・同居の別	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居（子の家等に同居する場合も含む） 【家族がいる場合の家族構成】 <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
	住 居 の 状 況	<input type="checkbox"/> 介護に適していない箇所が多い。 <input type="checkbox"/> ある程度介護に適した状態で整備されているが、介護に適していない箇所が一部ある。 <input type="checkbox"/> ほぼ介護に適した状態で整備されている。
介 護 者 の 状 況 ※退所（退院）後の予定	<input type="checkbox"/> 介護者（※）がいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる ※ 同居の家族のほか、同居の家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健医療福祉サービスによる介護者は除く。以下同じ。 【介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担（※）】 ※ 肉体的、精神的、経済的負担等を指す。	
	氏 名	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"></div> <div style="width: 20%; text-align: center;">入所希望者 との続柄</div> <div style="width: 20%;"></div> <div style="width: 10%; text-align: center;">年齢</div> <div style="width: 10%; text-align: center;">満（ ）歳</div> </div>
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 （ <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住）
	就労等の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 週 回・1日当たり 時間・ に従事
	疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 有（内容： ） <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。
	介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない
	介護者に 関する特 記事項	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>

調 査 項 目	内 容		
介護保険の居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービス等利用状況 ※退所（退院）後の予定	<input type="checkbox"/> 利用する（している） <input type="checkbox"/> 利用しない		
	【利用している場合の状況】		
	介護保険の居宅サービス（※）の利用状況	サービス種類	利 用 頻 度
			週・月（ ）回 1回当たり（ ）時間・日程度
			週・月（ ）回 1回当たり（ ）時間・日程度
			週・月（ ）回 1回当たり（ ）時間・日程度
			週・月（ ）回 1回当たり（ ）時間・日程度
	全サービス合わせて、支給限度額の（ ）%程度利用		
	介護保険以外の福祉サービス等の利用状況	サービス種類	利 用 頻 度
	<input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、対応できない時間帯又は内容が多い。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが、一部対応できない時間帯又は内容がある。 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほぼ対応できる。		
※居宅療養管理指導、認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を除く。 福祉用具貸与については、利用回数欄に福祉用具の品目を記載。			

※施設入所・入院中の場合は、退所・退院後の予定を記入してください

	従来型希望	※ ユニット棟希望	どちらでもよい	わからない
居室の希望について				

※希望される所に○を記入してください

※ ユニット棟につきましては、地域密着型に分類されますので、上天草市外からの申し込みはできません。

調 査 項 目	内 容
<p>その他入所申込みに関して特に留意すべき事項（申込経緯）</p>	<p>（前記調査項目以外で、入所申込みに関して特に留意すべき事項があれば記載してください。）</p>