

特別養護老人ホーム なみきロイヤルの園
入所希望者状況申告書

入所希望者名： 様

身体状況	
治療中の病気等	なし ・ あり ()
主治医	いない ・ いる (病院名： 医師名：)
これまでに かかった病気 (手術等)	・わかる範囲で結構ですが、できれば詳細にご記入をお願いします。
身体等 の状況	視力 1. 普通 2. やや悪い 3. 物の形がぼんやり見える 4. 全く見えない
	聴力 1. 普通 2. やや悪い 3. 耳元で大声 4. 全く聞こえない ※補聴器 (有・無)
	言語 1. 普通 2. 聞き取りにくい 3. 発言のみ 4. 全く話せない
	記憶 1. 年齢相応 2. 時々忘れる 3. ほとんど忘れる
	意思疎通 1. 通じる 2. ある程度通じる 3. 通じにくい 4. 通じない
	麻痺 無 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ その他 ()
	拘縮 無 ・ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節 ・ 手指
	喫煙 1. しない 2. する (1日 本程度)
	体型 身長 cm 体重 kg
日常生活 動作能力	全般的 動作 1. 外出できる 2. 家の中なら動ける 3. 起きられるがあまり動けない 4. 寝たきり・ほぼ寝たきり
	移動 1. 歩行できる (独歩・つたい歩き・杖・シルバーカー・歩行器・その他) 2. 歩行できない (車椅子・リクライニング式車椅子・その他 ()) 1. 一人で行動できる 2. 見守り、声掛けがあれば一人のできる 3. 付き添いなど介助が必要 4. はう 5. 全面介助
	義歯 1. なし 2. あり (全部 ・ 一部 ・ 有るが使用せず)
	更衣 1. 自立 2. 指示すれば可 3. 見守り・声掛けが必要だが一人でできる 4. スポンの上げ下げなど一部介助があればできる 5. 全面介助
	入浴 1. 自立 2. ほぼ普通にできるが見守りが必要 3. なんらかの介助が必要 4. 全面介助 ※入浴方法 (一般浴 ・ 機械浴 ・ その他 ())
	排泄 1. 自立 2. 便器まで介助 3. 便器介助 4. 全面介助 5. (バルン・ストマ) ・ (紙パンツ・尿パット・オムツ) (夜のみ・昼夜共) 使用
	医療行為 1. 経管栄養 2. 胃ろう 3. インシュリン 4. 気管切開 5. 吸引 6. 点滴 7. ストマ 8. バルンカテーテル留置 9. 褥瘡 (箇所) 10. その他 ()
認知症による 周辺症状 1. 昼夜逆転 2. 不眠 3. 徘徊 4. 介護への抵抗 5. 異食、過食 6. 依存 7. 不安 8. 攻撃的行動 9. 幻覚 10. 妄想 11. 多動 12. 多弁 13. 奇声・大声 14. 不潔行為 15. 生活意欲の低下 16. 収集癖 17. 転倒・転落 18. 夕暮れ症候群 19. 火の不始末 20. その他 ()	

家族の状況					
	氏名	生年月日	続柄	住所	職業
同居の家族 (※1)	様	. .		←夫、妻、 長男など	
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
	様	. .			
別居の家族 (※2)	<ul style="list-style-type: none"> ・親族が多くて書ききれない⇒書ける範囲で ・職業、住所までわからない⇒「××県」でも分かる範囲で ・嫁に行った娘の夫は？⇒必要ありません ・縁遠くなっている親族も？⇒差し支えない範囲で ・遠方の親族は？⇒差し支えない範囲で 				
	様	. .			
	様	. .			
特記事項 (※3)					
介護サービス についての ご希望	※施設でのサービスに何かご希望などがあれば				

- ※1 同居されている家族については、その全員を記入してください。
- ※2 別居されている家族については、ご本人の「子」「兄弟・姉妹」と成人されている「孫」まで記入してください。
- ※3 上記1、2以外の方が申込者となっている場合はその理由と、その他特記すべきことがあれば記入してください。

現在の所在されている場所と今後の予定の確認	
今後の予定	1. 未定 2. 決まっている (どこに： いつから：)
現在いる所	1. ご自宅 2. 施設 3. 病院 4. その他 () (名称： 担当者： いつから)
その前は	
収入	・概算で結構です (入所の可否には関係ありません) 年額 約 円
障害手帳	無・有 手帳種類 () 障害名 種 級 取得年月日 年 月 日