

社会福祉法人 慈徳会 特別養護老人ホームさくら園 入所申込書

(様式2)

入所希望者 氏名	
-------------	--

食事	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
	備考																		
排泄	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
	備考																		
移動	介助	<input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																	
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす																	
	備考																		
認知症等による不適応行動	概ね1週間に1～2回程度以上出現する項目の□に“チェック”を入れてください。																		
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 幻視・幻聴</td> <td><input type="checkbox"/> 被害妄想</td> <td><input type="checkbox"/> 夜間せん妄</td> <td><input type="checkbox"/> 感情が不安定(興奮)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 暴言</td> <td><input type="checkbox"/> 暴行</td> <td><input type="checkbox"/> 介護抵抗</td> <td><input type="checkbox"/> 物を壊す    <input type="checkbox"/> 大声(奇声)を出す</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 自傷行為</td> <td><input type="checkbox"/> 昼夜逆転</td> <td><input type="checkbox"/> 収集癖</td> <td><input type="checkbox"/> 不潔行為    <input type="checkbox"/> 性的問題行動</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 徘徊</td> <td><input type="checkbox"/> 外に出たがる</td> <td><input type="checkbox"/> 異食行動</td> <td><input type="checkbox"/> 摂食異常    <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 夜間せん妄	<input type="checkbox"/> 感情が不安定(興奮)	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 大声(奇声)を出す	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 外に出たがる	<input type="checkbox"/> 異食行動
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 被害妄想	<input type="checkbox"/> 夜間せん妄	<input type="checkbox"/> 感情が不安定(興奮)																
<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴行	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 物を壊す <input type="checkbox"/> 大声(奇声)を出す																
<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動																
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 外に出たがる	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> その他																
備考																			
健康状態(医療)	現病(治療中)	病名	発症年月日	医療機関															
		年 月 日																	
		年 月 日																	
	主な既往歴	病名	発症年月日	医療機関															
		年 月 日																	
		年 月 日																	
	特別な医療等	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他																	
	感染症の有無																		
	備考																		

担当ケアマネジャー等連絡先

氏名		事業所等 名称		電話番号	
意見欄					