

特別養護老人ホーム入所申込書（その2）
（状況申告書）

身体状況

主治医	いない ・ いる （病院名： _____ 医師名： _____）	
治療中の病気等	なし ・ あり （ _____ ）	
これまでに かかった病気		
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.耳元で大きな声 4.全く聞こえない
	言語	1.普通 2.不明瞭 3.短い言葉のみ 4.全く話せない
	記憶	1.しっかりしている 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	なし ・ 右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢 ・ その他（ _____ ）
	拘縮	なし ・ 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 _____ 体重 _____
日常生 活動作 能力	全体的 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・伝い歩き・杖・シルバーカー・歩行器・手引き） 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でできる 3.付き添いなど介助が必要 4.はう 5.全面介助
	食事	1.自立 2.セットすれば自立 3.一部介助 4.全面介助 ・主食（普通 ・ お粥 ・ ペースト ・ その他） ・副食（普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ 極刻み ・ ペースト）
	義歯	1.なし 2.あり（全部 ・ 一部 ・ あるが使用せず）
	更衣	1.自立 2.見守り・声掛けが必要だが一人でできる 3.一部介助があればできる 4.全面介助 ※注意点
	入浴	1.自立 2.見守りが必要 3.何らかの介助が必要 4.全面介助 ※入浴方法（一般浴 ・ 機械浴 ・ その他）
排泄	1.自立 2.何らかの介助が必要（ _____ ） 3.全面介助 4.（バルン・ストマ）（布パンツ・紙パンツ・パット・オムツ） （夜のみ ・ 昼夜共）使用	
医療行為	1.経管栄養 2.胃瘻 3.インスリン 4.気管切開吸引 5.点滴 6.ストマ 7.バルン 8.カテーテル留置 9.褥瘡（ _____ ） 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.介護に抵抗 5.異食、過食 6.依存 7.不安 8.攻撃的行動 9.幻覚 10.妄想 11.多動多弁 12.奇声・大声 13.不潔行為 14.生活意欲の低下 15.収集癖 16.転倒・転落 17.夕暮れ症候群 18.火の不始末 19.その他（ _____ ）	

家 族 構 成

	氏名	年齢	続柄	住所	職業
同居の家族※1					
別居の家族※2					
特記事項 ※3					
介護サービスについての希望					

※1 同居されているご家族についてはその全員を記入して下さい。

※2 別居されているご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」まで記入して下さい。

※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、その他特記すべき事があればご記入下さい。

	現在の所在と今後の予定
現在の居所	1.自宅 2.施設 3.病院 4.その他 (名称: _____ 担当者 _____ いつから _____)
その前の居所	(名称: _____)
今後の予定	1.未定 2.決まっている (どこに: _____ いつから: _____)
ご本人の収入	年金(種類 _____ 年額 _____ 円) その他(_____)
障害手帳	無・有 手帳の種類(_____) 障害名(_____) 第 _____ 種 _____ 級 取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日