

身体状況確認書

入居希望者氏名

作成者事業所

職種

氏名

㊞

1. 介護認定状況

介護度	申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
介護負担割合	申請中・1割・2割・3割

2. 日常生活自立度判定基準

障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度
J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

3. 身体状況

移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子移動自立 <input type="checkbox"/> 車椅子移動介助 福祉用具 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 多脚杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 普通型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 電動車椅子 車椅子移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食具 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 他() 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他() 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粗刻み食 <input type="checkbox"/> 極刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 他() 食事制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(総入歯・部分入歯・あるが使用せず)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄用具 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿取りパッド <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ 失禁 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 浴槽 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 視野狭窄(右・左) <input type="checkbox"/> 全盲(右・左) 眼鏡使用(あり・なし) 他()
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 全ろう(右・左) 補聴器使用(あり・なし) 他()
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 短い言葉のみ <input type="checkbox"/> 話せない 意思疎通 <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> 通じにくい <input type="checkbox"/> 通じない
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他() 拘縮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

4. 認知状況

認知症による 周辺症状	
----------------	--

5. 医療状況

病歴	既往歴 現病
通院	

入居申込書

(特定施設入居者生活介護)

介護付有料老人ホーム 河渡の郷

入居を希望するので、下記のとおり申し込みます。

申込日 年 月 日

受理日 年 月 日

入居希望者 氏名	(フリガナ)	性別 男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
現住所	〒 ー 電話番号			
収入等	年金 2ヶ月で 他、収入			
生活歴 入居 希望理由				

身元引受人 連帯保証人 氏名	(フリガナ)	性別 男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
現住所	〒 ー 電話番号			
収入等	勤務先 給与等収入 年額			

状態確認 連絡先氏名	(フリガナ)	電話番号
---------------	--------	------

現況	<input type="checkbox"/> 自宅 (単身・同居) 通院医療機関 () <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(入院)中 名称 (年 月 日 ~)														
身体状態 病歴	<input type="checkbox"/> 麻痺(上肢 左・右 下肢 左・右) <input type="checkbox"/> 骨折歴() <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝炎(A型・B型・C型) <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう造設) <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 結核歴(あり・なし) <input type="checkbox"/> 手術歴() <input type="checkbox"/> 輸血歴(あり・なし)														
入院歴	<table><thead><tr><th>病名</th><th>入院医療機関名</th><th>期間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月 日 ~ 年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日 ~ 年 月 日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月 日 ~ 年 月 日</td></tr></tbody></table>			病名	入院医療機関名	期間			年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 ~ 年 月 日			年 月 日 ~ 年 月 日
病名	入院医療機関名	期間													
		年 月 日 ~ 年 月 日													
		年 月 日 ~ 年 月 日													
		年 月 日 ~ 年 月 日													

個人情報等 使用に係る 同意	私は貴施設への入居申込みに際し、入居申込みから契約までの手続きについて説明を受けました。なお入居事前確認として必要最小限の範囲内で個人情報の収集及び使用することに同意します。 年 月 日 入居希望者 ㊞ 身元引受人 ㊞		
----------------------	---	--	--

入居申込み 必要書類	①入居申込書 ②身体状況確認書 ③後期高齢者医療被保険者証コピー ④介護保険被保険者証コピー ⑤介護保険負担割合証コピー		
---------------	---	--	--

問い合わせ先	〒950-0024 新潟県新潟市東区河渡2丁目4番65号 介護付有料老人ホーム河渡の郷 TEL 025-270-1421 FAX 025-270-1408		
--------	--	--	--