

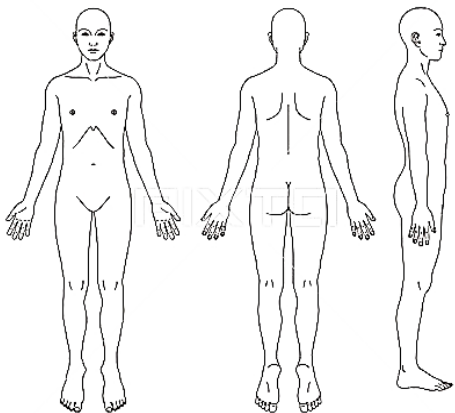
優先入所申込現況調査票（その1） 社会福祉法人杏樹会				記入日 年 月 日		記入者：			
フリガナ				男女	生年月日	明治 大正 年 月 日 () 歳 昭和			
氏名	〒			自宅電話					
				携帯電話					
住所				自宅電話					
世帯区分	(独居世帯 ・ 同居家族がいる)			携帯電話					
家族 協力者	氏名(※緊急連絡先)	続柄	同居	連絡先		備考			
				住所:					
				自宅:					
				携帯:					
				住所:					
			自宅:						
			携帯:						
			住所:						
			自宅:						
			携帯:						
日常生活 自立度※	※寝たきり度			※判定日					
	※認知症度			※判定日					
※日常生活自立度は要介護認定の際の主治医意見書に記載されています。御家族の記入は不要です。									
介護保険 認定情報	保険者			認定済 ・ 申請中 (付で申請)					
	被保険者番号			要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (前回:)				
	認定日								
	有効期限	平成	年	月	日	～	平成	年	月
【介護保険サービス利用状況】				【現在いるところ】					
【家系図】				【本人の収入について】					
□…男性 ○…女性				年金 ①:	課税対象年金 (国民 ・ 厚生 ・ 共済) 無 年額 (円 / 年)				
				年金 ②:	非課税年金 (遺族 ・ 障害) 無 年額 (円 / 年)				
				他の収入:	(円 / 年)				
				市県民税:	(課税 ・ 非課税)				
				生活保護:	(受給している ・ 受給していない)				
				【介護保険負担割合証について】					
				負担割合	(1割 ・ 2割 ・ 3割)				
				【介護保険負担限度額認定証※の有無】					
				※世帯全員が非課税で、申請されている方は減額認定証が交付されます。 無 ・ 有 (第一段階 ・ 第二段階 ・ 第三段階)					
				※段階が不明の方は交付されている認定証の食事代を記入して下さい。 食事代 : (650円 ・ 390円 ・ 300円)					
【施設記入欄】									
※この欄は記入しないでください。									
・請求書送付先 → ()									
・住所変更の有無 → 無 ・ 有 ()									
・入所申込日 → (年 月 日) 申込番号: 番									
・実態調査日時 → (年 月 日 場所:)									
・契約説明の日時 → (年 月 日)									
・入所予定日 → (年 月 日 () 時 分ごろ 階 ユニット 号室									

優先入所申込現況調査票 (その2) 医療面 社会福祉法人杏樹会	記入日 年 月 日	記入者:
------------------------------------	--------------	------

既往歴		受診継続	病院名	医師名
いつごろ	病名	有 無 (1回・ヶ月)		
		有 無 (1回・ヶ月)		
		有 無 (1回・ヶ月)		
		有 無 (1回・ヶ月)		
		有 無 (1回・ヶ月)		
		有 無 (1回・ヶ月)		
		有 無 (1回・ヶ月)		
		有 無 (1回・ヶ月)		
備考:				

緊急時の対応
※急変時等に救急隊を呼ぶ際、当施設協力病院以外の病院を希望するかどうかをお書きください。

現在の処方内容
※いつ飲んでいるかも記入して下さい。お薬の説明書を添付して頂ければ、この欄の記入は不要です。
内服:
外用:
点眼:

医療的処置の有無	身体状況
※痰吸引 褥瘡の処置 浣腸 摘便 インスリン注射等	 <p style="text-align: right;">pixta.jp - 7427032</p>
身体状況(スキントラブル・拘縮・麻痺)	
※右の図にお書きください。	
感染症・アレルギーの有無	身長:()cm 体重:()kg
※入所前に杏樹会の指定様式にて健康診断をしていただきます。	
【感染症】無・有 ()	
【アレルギー】無・有	
食品【卵・青魚・その他()】	
薬品【 ()】	

優先入所申込現況調査票（その3） 社会福祉法人杏樹会

記入日
年 月 日


記入者：

食 事	自 立				見 守 り		一 部 介 助		全 面 介 助							
	場 所	<input type="checkbox"/> 食堂	<input type="checkbox"/> 居間	<input type="checkbox"/> 居室	<input type="checkbox"/> ベッド上	<input type="checkbox"/> その他()										
	困 難	<input type="checkbox"/> 咀嚼	<input type="checkbox"/> 嚥下(飲み込み)			<input type="checkbox"/> その他()										
	食 種	<input type="checkbox"/> 一般食	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 高血圧食	<input type="checkbox"/> 抗潰瘍食	<input type="checkbox"/> その他()										
	主 食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> 経口栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> その他()										
	副 食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> その他()											
	使用道具	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> フォーク	<input type="checkbox"/> 補助具()											
	食事制限	<input type="checkbox"/> 有() 無				<input type="checkbox"/> 好き嫌い()										
留意事項																
移 動	自 立				見 守 り		一 部 介 助		全 面 介 助							
	室 内	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> 電動車椅子	<input type="checkbox"/> その他									
	室 外	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 電動車椅子	<input type="checkbox"/> その他										
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる			<input type="checkbox"/> できない									
	起き上がり	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる			<input type="checkbox"/> できない									
	寝 返 り	<input type="checkbox"/> つかまらないでできる		<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる			<input type="checkbox"/> できない									
留意事項																
排 尿	自 立				見 守 り		一 部 介 助		全 面 介 助							
	日 中					夜 間										
	尿 意	<input type="checkbox"/> 尿意あり		<input type="checkbox"/> 尿意なし			<input type="checkbox"/> 尿意あり		<input type="checkbox"/> 尿意なし							
	尿失禁	<input type="checkbox"/> 尿失禁あり		<input type="checkbox"/> 尿失禁なし			<input type="checkbox"/> 尿失禁あり		<input type="checkbox"/> 尿失禁なし							
	使用器具	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 尿取りパット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 尿取りパット
留意事項																
排 便	自 立				見 守 り		一 部 介 助		全 面 介 助							
	日 中					夜 間										
	便 意	<input type="checkbox"/> 便意あり		<input type="checkbox"/> 便意なし			<input type="checkbox"/> 便意あり		<input type="checkbox"/> 便意なし							
	便失禁	<input type="checkbox"/> 便失禁あり		<input type="checkbox"/> 便失禁なし			<input type="checkbox"/> 便失禁あり		<input type="checkbox"/> 便失禁なし							
	使用器具	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 尿取りパット	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 尿取りパット
留意事項																
入 浴	自 立				見 守 り		一 部 介 助		全 面 介 助							
	入浴形態	<input type="checkbox"/> 浴槽	<input type="checkbox"/> シャワーのみ		<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 清拭のみ										
留意事項		入浴の頻度： 回 / 週														

優先入所申込現況調査票（その4） 社会福祉法人杏樹会

記入日
年 月 日

記入者：

睡眠	良 眠 不 眠 昼夜逆転					
	睡眠形態	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ギャジベッド <input type="checkbox"/> 電動ギャジベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> その他()				
	部屋の 見取り図			留意事項		
整容	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	整髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	爪切り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	留意事項					
更衣	ボタン	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	上着	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	ズボン	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	パンツ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	靴下	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(介助内容)
	その他					(介助内容)
	留意事項					
IADL	調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助()			
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助()			
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助()			
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助()			
	電話	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助()			
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助()			
	通院	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助()			
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助()			
	その他					
留意事項						
コミュニケーション	意志の伝達	できる 時々できる ほとんどできない できない				
	留意事項	認知症の診断（有・無） 病名：				
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 裸眼 <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> その他()				
	聴力	<input type="checkbox"/> 裸耳 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> その他()				
	歯の状況	<input type="checkbox"/> 自歯のみ <input type="checkbox"/> 自歯なし <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> その他()				
	留意事項					

本人主訴（本人が入所後に希望されること。また、心配なこと等）

家族主訴（ご家族が入所後に希望されること。また、心配なこと等）

介護の状況（いつから何のきっかけで在宅介護が始まったのか。そして、今の介護のおおまかな様子。）

生活歴（本人の出身地。兄弟は何人か。結婚と出産の時期、仕事は何の仕事をしてきたか。退職後の様子等）

家族関係（主な介護者・副介護者は誰か。子供・親戚との関係性。接触を避けたい親族等がないか等）

優先入所申込現況調査票（その6） 社会福祉法人杏樹会	記入日 年 月 日	記入者：
社会関係（老人クラブ・自治会・近所付き合いがあったか。現在はどうか）		
性格（家族から見た性格、こだわり、こんなことをしてもらおうと喜ぶ、こんなことをされると傷つく、怒る）		
趣味・嗜好（現在の趣味だけでなく、以前行っていた趣味や、好きだったこと等も書いてください）		
特 記 事 項		

希望施設と居室について

★特別養護老人ホーム杏樹苑（本館） 定員：62名

{ <input type="checkbox"/> 従来型多床室（四人部屋）	定員44名（男性12名・女性28名）
{ <input type="checkbox"/> 従来型個室	定員18名（男女区分なし）

★特別養護老人ホーム杏樹苑滔々館 定員：70名

ユニット型個室 定員70名（男女区分なし）

※ 各居室タイプの利用料金については料金表をご参照頂くか、担当者までお尋ねください。
→ 担当窓口・・・ 04-2966-7171 杏樹苑・杏樹苑滔々館相談課

★特別養護老人ホーム杏樹苑爽風館 定員：100名

{ <input type="checkbox"/> スタンダードタイプ居室	定員80名（男女区分なし）
{ <input type="checkbox"/> スマートタイプ居室	定員20名（男女区分なし）

※ 各居室タイプの利用料金については料金表をご参照頂くか、担当者までお尋ねください。
→ 担当窓口・・・ 04-2931-1616 杏樹苑爽風館相談課