様式２　Ver.1

【有料老人ホーム　万葉苑　入居申込添付書類】

個　別　状　況　確　認　書

★この書類は、入居判定における個別状況把握のために重要資料となりますので、できるだけ詳細にご記入ください

★不明な点は、入院、入居先の病院・施設及び担当ケアマネジャーに聞き、ご記入ください

【記入年月日】　　年　　月　　日　【記入者氏名】　　【続柄】

フリガナ		生年月日	明治　・　大正　・　昭和
入居希望者 氏　名			年　　月　　日 （　　歳）
入居希望者住所	〒　　ー		

【本人の状況】

項　目	状況　※該当する内容に〇をしてください	現状の介護内容
視　力	普通　　見えにくい　　見えない	
聴　力	普通　　やや難聴　　難聴	
意思疎通	問題なし　　やや困難　　困難	
寝返り	自立　つかまれば可　　できない	
立ち上がり	自立　つかまれば可　　できない	
立位保持	自立　支えがあれば可　　できない	
歩　行	自立　伝い歩き　介助にて歩行　困難	
移　動	歩行　　杖　　歩行器　　車イス	
食　事	自立　　一部介助　　全介助	
嚥　下	問題なし　　やや困難　　困難	
入浴介助	自立　　一部介助　　全介助	
着脱衣	自立　　一部介助　　全介助	
排泄場所	トイレ　　ポータブルトイレ　　ベット	
排泄介助	不要　　一部介助　　全介助	

様式２　Ver.1

尿　意	無　・　有	便　意	無　・　有	便　秘	無　・　有	※便秘時の対応方法
認知症	無　・　有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入ください				
主治医	【医療機関名】			【担当医師名】		

現病名	【疾病名】	【発症年】	※現病に関する特記事項
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	

既往歴	【疾病名】	【発症年】	※疾病に関する特記事項
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	
		昭・平　　年	

医療的処置	
	☐ カテーテル　☐ ストマ（人工肛門）　☐ 経管栄養　☐ 酸素療法
	☐ インシュリン注射　☐ 疼痛看護　☐ その他（　　）
	現在治療中の病気（　　）
服薬管理	☐できる　☐できない

現在利用している居宅サービス ※1　[　]内に事業者名を記入してください。			
	☐ 訪問介護	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 訪問入浴介護	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 訪問看護	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 訪問リハビリテーション	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 居宅療養管理指導	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 通所介護	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 通所リハビリテーション	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 短期入所生活介護	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 短期入所療養介護	（月に　回程度）	[　　]
	☐ 福祉用具貸与	（月に　回程度）	[　　]

入居を希望する理由	
	☐ 介護するものがいないため。
	☐ 介護するものが「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難のため
	☐ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難のなため。
	☐ 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難のため。
	☐ 居住環境の理由により十分な介護が困難のため。
	☐ 施設や病院等から退居・退院を求められているが、自宅での介護が困難のため。
	☐ その他（　　）