

やすらぎの園 入所調査票

【入所順位の確定に大きく影響しますので、できるだけ詳しくご記入をお願いいたします】

ご家族情報					
ご家族 親族等 連絡先	(ふりがな) 氏名	年齢	続柄	電話番号	住所
ご利用者の履歴					
出身地 生活歴 学歴 職歴 等					
	婚姻歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 子供 ⇒ いる () 人 ・ いない				
経済的 状況	年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金			
	財産の管理 (後見)	年額	円	その他	円
現在の性格 施設入所への理解等					
入所申込に至った経緯・その他（ご本人・ご家族が困っていること等）※何でもご記入ください					

身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字なら可 <input type="checkbox"/> ぼんやり見える <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声なら可 <input type="checkbox"/> 耳元でなら可 <input type="checkbox"/> 聞こえない 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない 使用具 ()					
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> 介助があれば可 <input type="checkbox"/> 歩けない					
	起居動作	立位	可・つかまれば可・不可	座位	可・支えがあれば可・不可		
	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 部位 ()		原因 () ・ <input type="checkbox"/> 無			
	皮膚	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無	浮腫	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無		
	アレルギー	食品	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無		体格	<input type="checkbox"/> やせ気味 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 太り気味	
		薬品	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無				
	体重	kg	身長	cm			
福祉用具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス (自操 可・不可) <input type="checkbox"/> ベッド柵 () <input type="checkbox"/> センサー (ベッド ・ 床) <input type="checkbox"/> その他 ()						
生活状況	食事	形態	主食 (<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト) 副食 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ペースト) 麺類 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ペースト) 水分 (トロミ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)				
		方法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		介助	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	使用具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他		
		回数	回 ()	食事量	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		
		食事制限 (塩分・カロリー等)					
		禁止食 (食べてはいけないもの)					
	口腔	義歯	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 上 ・ <input type="checkbox"/> 下 / <input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 除去中) ・ <input type="checkbox"/> 無				
		口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ケア用品 ()				
		ケア方法	<input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 義歯洗浄 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		義歯脱着	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	咀嚼	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 不可能		
		食べこぼし	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 多少あり <input type="checkbox"/> なし	むせ込み	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 多少あり <input type="checkbox"/> なし		
	排泄	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (常時・夜間) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル				
		形態	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ (常時・夜間) <input type="checkbox"/> オムツ (常時・夜間) <input type="checkbox"/> パット (常時・夜間)				
		排便	回 / 日 (下痢・便秘)	下剤	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無		
	入浴	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助				
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴		
	その他	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 断続的 <input type="checkbox"/> 不眠	時間	時頃 ~ 時頃		
眠剤		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無					
特記事項							

精神状況	記憶	氏名 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可	年齢 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可
	意識	日付 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可	現住所 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可
	疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他 ()	
	意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 日常的なことは問題なくできる <input type="checkbox"/> ほぼできない <input type="checkbox"/> できない	
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 日常的なことは問題なくできる <input type="checkbox"/> ほぼできない <input type="checkbox"/> できない	
	指示	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない	
	問題行動	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 重度の物忘れ <input type="checkbox"/> 同じ話の繰り返し <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()	
	精神科受診	<input type="checkbox"/> 有 (病院/初診年月) ・ <input type="checkbox"/> 無	

疾病関連	病歴	医療機関名	発病年月・経過 (入院の有無・治療方法など)	
	内服薬 (お薬手帳等のコピー添付で可)			
	発熱のしやすさ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	感染症	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
	障害手帳	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 身体/ 種 級) <input type="checkbox"/> 無		
	医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 (回/日) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	特記事項			

ご希望の居室タイプ	<input type="checkbox"/> ユニット <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> 多床室
-----------	---

記入年月日	年 月 日	記入者 (続柄)	()
-------	-------	----------	-----