

記入例

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
	大沼 花子	50	長女	△△△-△△△-△△△	神奈川県横浜市〇〇区〇〇-〇
	小平 みその	80	妻	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	小平市小川町△-△△△-△△
ご利用者の履歴					
出身地 生活歴 学歴 職歴 等	神奈川県横浜市出身。地元の高校を卒業し〇〇大学に進学。				
	大学卒業後△△株式会社に就職し、定年まで勤務。				
	事務部長として事務部門の管理業務に携わっていた。				
	25歳の時に結婚。30歳の時に長女が生まれた。				
	趣味はドライブで、若い頃はレースにも参戦しアマチュアながら大会での優勝経験もあった。				
	長女の独立後は妻と2人暮らしで、旅行やキャンプなどの趣味を楽しんでいた。				
婚姻歴	<input checked="" type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	子供	⇒ いる (1) 人	・ いない
経済的 状況	年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" 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	2,500,000	円	その他 0 円
現在の性格 施設入所への理解等	以前は穏やかな性格であったが、認知症の影響もあり怒りっぽくなってきた。 施設入所については理解しているが、本当は家に帰りたいと話すことがある。				
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					
同居の妻も認知症の進行が著しく、長女が週2回通ってはいるが退院後の2人暮らしは難しいと主治医より話があった。長女も就労しており介護には限界があるため、施設入所を希望したい。					
(妻みそのも平成〇〇年〇月にアルツハイマー型認知症の診断を受けています)					

身体状況	視力	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 有	部位 (右上下肢に中度)	原因 (脳梗塞)	・ <input type="checkbox"/> 無
	皮膚	褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	浮腫	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	アレルギー	食品	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	体格	<input type="checkbox"/> やせ気味 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 太り気味
		薬品	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	体重	kg	身長	cm	
福祉用具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト) 副食 (<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無)		
		方法	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	使用具	<input checked="" type="checkbox"/> 箸 <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他
		回数	3回 ()	食事量	<input type="checkbox"/> 多い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
		食事制限 (塩分・カロリー等)	塩分 6g 未満		
		禁忌食 (食べてはいけないもの)	グレープフルーツ・青魚 (嫌いで食べない)		
	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 checked="" type="checkbox"/> 無		
		口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ケア用品 ()		
		ケア方法	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 多少あり <input type="checkbox"/> なし	むせ込み	<input type="checkbox"/> 多い <input checked="" type="checkbox"/> 多少あり <input type="checkbox"/> なし
	排泄	方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 紙パンツ (常時・夜間) <input type="checkbox"/> オムツ (常時・夜間) <input checked="" type="checkbox"/> パット (常時・夜間)		
		排便	回 / 日 (下痢・便秘)	下剤	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	入浴	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
	その他	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 断続的 <input type="checkbox"/> 不眠	時間	22時頃 ~ 6時頃
眠剤		<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無			
特記事項	食事は自分で食べられるが、時々こぼしてしまうことがあるのでエプロンが必要です。				
	最近怒りっぽくなり、現在の病院では看護師さんの介助を嫌がることがあるようです。				

精神状況	記憶	氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可	年齢 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可
	意識	日付 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可	現住所 <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> やや可 <input type="checkbox"/> 不可
	疎通	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (時々立ち上がり歩こうとする。転倒の危険性がある。)	
	精神科受診	<input type="checkbox"/> 有 (病院/初診年月) <input checked="" 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)	
	高血圧症	〇〇病院	平成〇年〇月：高血圧を指摘され、降圧剤服用開始。	
	脳梗塞	〇〇医療センター	令和〇年〇月：自宅で脳梗塞を発症し救急搬送。〇〇医療センターに入院	
	脳血管性認知症	〇〇医療センター	令和〇年〇月：〇〇医療センター入院中に脳血管性認知症と診断される。	
	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 checked="" type="checkbox"/> 無	感染症	<input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" 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 checked="" 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			
	飲んでいるお薬の関係でグレープフルーツは食べないよう主治医から言われています。			

ご希望の居室タイプ	<input checked="" 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	令和〇年 〇月 〇〇日	記入者 (続柄)	大沼 花子 (長女)
-------	-------------	----------	------------