

地域密着型特別養護老人ホーム みぎわほ一む 入所申込添付資料

入居希望者氏名

申込日 平成 年 月 日

入所を希望される方の日常生活面の状況		
身長	cm	体重 kg
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> テレビ程度 <input type="checkbox"/> 新聞が見れる <input type="checkbox"/> ぼんやり <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声で <input type="checkbox"/> 耳元で <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用: 有・無 (右・左)	
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: 拘縮の程度:)	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 方法 (独歩・杖・歩行器・つたい歩き・車椅子・ストレッチャー) <input type="checkbox"/> 車椅子 (所有している・所有していない)	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・鼻腔栄養・腸ろう) <input type="checkbox"/> 介助内容() <input type="checkbox"/> 主食形態(<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> おかゆ) <input type="checkbox"/> 副食形態(<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト) <input type="checkbox"/> 飲み込み(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い) <input type="checkbox"/> 誤嚥(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 食欲 (<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> 食事制限(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 kcal、減塩 g)	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 介助内容() <input type="checkbox"/> 方法 (<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"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル) <input type="checkbox"/> オムツは(<input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入浴していない <input type="checkbox"/> 方法 (<input type="checkbox"/> 自宅の浴槽 <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設の普通浴槽 <input type="checkbox"/> 機械浴槽) <input type="checkbox"/> 入浴は (<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 嫌い)	
人付き合い	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり好きではない	
日中の過ごし方	<input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 新聞・読書 <input type="checkbox"/> その他()	
生活空間	<input type="checkbox"/> 寝室居室のみ <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 外出する	
記憶	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1日位記憶している <input type="checkbox"/> 数時間くらい記憶している <input type="checkbox"/> すぐ忘れる	
話の理解	<input type="checkbox"/> 完全に理解できる <input type="checkbox"/> 全体をつかむことはできる <input type="checkbox"/> 部分的に理解できる <input type="checkbox"/> 反応はするが理解はできない <input type="checkbox"/> 話しかけても反応が得られない	
意思表示	<input type="checkbox"/> 何でも伝えられる <input type="checkbox"/> 少し伝えられる <input type="checkbox"/> 全く伝えられない	
精神症状行動	物を取られる妄想	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	お金がなくなる妄想	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	作り話	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	見えないはずのものが見える	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	聞こえないはずのものが聞こえる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	感情が不安定	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	昼夜逆転	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	暴言を吐く	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	大声を出す	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	不潔行為	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	落ち着かない	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	外出して迷う	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	帰宅願望	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	物を集める	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
物を壊す	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	
食べられないものを食べる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない	