

**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 令和 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 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 所有している <input type="checkbox"/> 所有していない	
起居関連	<input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 起上り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 立上り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 立位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	
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"/> 禁食・アレルギー( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 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"/> 一人介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-WC <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <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	