

長寿園入所（入所・ショート）申込書【追加資料】

記入者 _____ 様 続柄 _____ 記入日 _____

ふりがな										
氏名			様（男・女）		介護度（		）			
生年月日	M・T・S	年	月	日	（		歳）			
介護保険被保険者番号【					】		保険者【	】		
認定有効期間【	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	】
認定日【	平成	年	月	日	】					
本人の住所【〒										
申込理由【										
本人の収入状況【					】		介護保険負担限度額認定証の負担段階【	第	段階】	

家族連絡先氏名		様 続柄	連絡先	自宅	
家族連絡先住所	〒		電話番号	携帯	

家族構成・生活歴

入所希望に至る経過	本人や家族の希望・意向
生活上の楽しみとなっていること及び嫌いなこと	生活リズム
性格	趣味・特技（過去及び現在）

医療状況	（身長	cm	体重	kg	測定日	年	月	日）
掛かり付け病院【					】 認知症 なし・軽度・中度・重症			
現病歴 （既往歴）	病名	年	月	医療機関名	病院	受診・入院		
	病名	年	月	医療機関名	病院	受診・入院		
	病名	年	月	医療機関名	病院	受診・入院		

	病名	年 月	医療機関名	病院	受診・入院			
	病名	年 月	医療機関名	病院	受診・入院			
	病名	年 月	医療機関名	病院	受診・入院			
	病名	年 月	医療機関名	病院	受診・入院			
	病名	年 月	医療機関名	病院	受診・入院			
処方薬名 用法用量								
薬アレルギー	【	】	感染症	ワ氏=	HBS=	HCS=	MRSA=	皮膚疾患=

移動	歩行	自立	杖歩行	手引き歩行	歩行器使用（種類：	）	歩行不可			
	歩行状況	安定	不安定	転倒の危険性あり						
	車椅子	自走	一部介助	全介助	本人車椅子：あり・なし					
	移乗	自立	一部介助	全介助						
	立位	自立（安定・不安定）		つかまれば可	不可					
	起上り	自立	つかまれば可	支えがあれば可	不可	※寝返り	自立・不可			
	体位交換	おこなっていない		おこなっている（1回／			時間）			
	リハビリ	おこなっていない		おこなっている（			）			
転倒・滑落		多い	時々あり（頻度			）	なし			
排泄	尿意	あり	時々あり	なし	不明					
	便意	あり	時々あり	なし	不明	※排便間隔（		）		
	便通	良好	便秘がち	便秘（	日に1回）	※下剤（	）	浣腸 摘便 その他（	）	
	失禁	あり	時々あり	なし						
	動作	自立	誘導	一部介助	全介助					
		日中トイレ使用		夜間トイレ使用	日中トイレ誘導	夜間トイレ誘導	昼夜トイレ誘導			
		日中ポータブルトイレ使用		夜間ポータブルトイレ使用	昼夜ポータブルトイレ使用					
		日中排尿回数		回	夜間排尿回数	回				
種類	日中	パンツ	パンツ+パット	介護パンツ+パット	紙パンツ	オムツ				
	夜間	パンツ	パンツ+パット	介護パンツ+パット	紙パンツ	オムツ				
食事	動作	自立	一部介助	全介助	食欲は（ある 普通 あまりない ない）					
	補助具	箸	スプーン	フォーク	自助具	RH食器	エプロン			
	形状	主食	常食	粥	ミキサー					
		副食	常食	軟菜	軟菜キザミ	粗キザミ	キザミ	極キザミ	ミキサー	
		主食量	普通盛	小盛	大盛	副食量	普通盛	小盛	大盛	
	時間	食事ペース	早い	普通	ゆっくり	食事に掛かる時間（約			分位）	
	嚥下	普通	時々むせる	かなりむせる	水分はトロミが必要		水分は半トロミが必要			
	アレルギー	なし	あり（						）	
	嗜好	好きな物（			）				嫌いな物（	）
	制限	特別食	なし	あり（	食）	カロリー-	（	）	塩分（	g）
	入浴	形態	一般浴	座位浴	機械浴	清拭のみ				
着脱衣		自立	一部介助	全介助	入浴は（好む あまり好まない 好まない）					

洗顔	自立 一部介助 全介助
睡眠	眠れる 寝つきが悪い 夜目が覚める 不眠 昼夜逆転 (就寝時間 ~)
視力	左目 (普通 弱視 盲目) 右目 (普通 弱視 盲目) 眼鏡 (使用 不使用)
聴力	右耳 (普通 難聴) 左耳 (普通 難聴) 補聴器 (使用 不使用)
言語	会話可 (単語可 発語のみ 無声) 意思疎通 (可 不可) 呂律不良 (あり なし)
理解力	あり やや困難 困難
記憶力	問題なし たまに忘れることがある ほとんどすぐ忘れる
口腔ケア	自立 一部介助 全介助
歯	上歯 自歯 (あり なし) 入歯 (なし あり (部分 全体))
	下歯 自歯 (あり なし) 入歯 (なし あり (部分 全体))
麻痺	なし あり (右半身 左半身 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 全身)
拘縮	なし あり (右半身 左半身 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 全身)
褥瘡	なし あり (部位 大きさ)

問題行動	徘徊	なし あり 頻度 ()	不潔行為	なし あり 頻度 ()
	大声	なし あり 頻度 ()	被害妄想	なし あり 頻度 ()
	暴言	なし あり 頻度 ()	感情失禁	なし あり 頻度 ()
	暴力	なし あり 頻度 ()	異食行為	なし あり 頻度 ()
	帰宅願望	なし あり 頻度 ()	収集癖	なし あり 頻度 ()
	介護抵抗	なし あり 頻度 ()	放尿・放便	なし あり 頻度 ()
	介護拒否	なし あり 頻度 ()	性的迷惑行為	なし あり 頻度 ()

特記事項

連絡先
〒193-0815
東京都八王子市叶谷町 1133 番地
特別養護老人ホーム 長寿園
電話 042-622-0119
FAX 042-627-4787
入所担当 生活相談員 山本