



入所希望者等の状況（該当する項目に○（□はレ印）をしてください）

※太線枠内が記入欄です

要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
認知症による行動障がい	1. 徘徊 2. 大声や奇声 3. 不潔行為 4. 暴力や自傷行為 5. 異食 上記の頻度や行為等具体的に記入して下さい。 ( ) ----- 6. その他（その他に○をつけた方は必ず記入してください） ( ) ※認知症の方の身体の状況は、（ □寝たきりになっている □寝たきりではない ）
主に介護される方について  （注1） ・身体障害者 ・愛の手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 ・特殊疾病等医療証	1. 介護者がいない（ひとり暮らし） 2. 介護者に障がい等（注1）がある、または要介護認定を受けている 3. 介護者が複数（両親など）を介護している 4. 介護者が高齢（70歳以上）、または未成年である 5. 介護者はいるが問題がある（就業中<週 時間>、病弱、就学前の子ども< 歳>の育児をしている） 6. 介護者がいて特に問題ない ※主たる介護者の氏名と住所を記入してください。 氏名（ ） 続柄（ ） 住所（ ）
現在、受けている介護保険サービス	1. 訪問介護 2. 訪問入浴 3. 訪問看護 4. 訪問リハビリ 5. 通所介護 6. ショートステイ 7. その他（ ）
現在のお住まいについて  （どれか一つに○を付けてください）	1. 自宅（賃貸住宅も含む） ※自宅に住んでいるが、立ち退きを迫られて（ □いる □いない ） ----- 2. 病院 3. 老人保健施設 4. 介護療養型医療施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 養護老人ホーム 7. グループホーム 8. その他（ ） ※退院退所後に戻る自宅が（ □ある □ない ）
介護する上での住宅の問題について	1. 介護上住宅に問題がある □エレベーターのないアパート・マンションの2階以上に住んでいる □自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある □自分の部屋がない □その他（具体的に ） ※自宅での介護が困難な状況を具体的に記入してください。 ( ) ----- 2. 介護上住宅に問題はない
板橋区の居住期間	1. 3年以上 2. 3年未満 （区内居住開始 年 月頃から）

- ①要介護度の変更や住所の変更、介護者や住まいの状況など入所申込書の内容が変わった場合は、必ず変更届を提出してください。
- ②死亡したとき、入所の意思がなくなったとき、他の特別養護老人ホームに入所したとき、介護認定の結果要介護状態区分が要介護でなくなったときは取下届（別紙2）を施設へ提出してください。なお、取下届の提出がなかった場合でも、入所希望者が上記のいずれかに該当していることが明らかになったときは、入所申込みの取下げがあったものとみなします。

私は、入所に関する方法や手続について、説明を受けました。また、この申込書にある内容を板橋区、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

氏名

印



# 身体状況調査書

入居者の氏名			
身体状況	寝たきり	1、ひとりで起き活動する 2、寝たり起きたり 3、寝たきり	
	寝返り	1、ひとりでできる 2、何かにつかまればできる 3、出来ない	
	移動方法	1、独歩 2、杖歩行 3、車椅子 4、寝台	
	食事の形態	1、普通食 2、刻み食 3、ミキサー食 4、経管(鼻・胃ろう)	
	食 事	1、ひとりで食べられる 2、部分的に手伝いが必要 3、自分では食べられない	
	入 浴	1、ひとりで入れる 2、手伝わないと入浴できない 3、全介助・清拭	
	排 泄	尿意	1、ある 2、時々ある 3、ない
		動作	1、ひとりで出来る 2、手伝いが必要 3、全介助 4、尿道カテーテル
		便意	1、ある 2、時々ある 3、ない
		動作	1、ひとりで出来る 2、手伝いが必要 3、いつもオムツを使っている
排泄の後始末 1、ひとりでできる 2、手伝いが必要(どの様な:			
睡眠	1、良眠 2、不眠 (眠剤:なし・あり)		
疾病状況	主な傷病疾患名		
	感染症	1、ある( ) 2、ない 3、不明	
	皮膚疾患	1、ある( ) 2、ない	
	受給中のサービス	1、身体障害者 2、愛の手帳 3、精神障害者保健福祉手帳 4、特殊疾病等医療証	
	現在受けている医療	1、中心静脈栄養 2、経管栄養(経鼻・胃ろう)3、インスリン注射 4、人工呼吸器 5、酸素療法 6、気管切開の処置 7、透析 8、疼痛の看護 9、床ずれの処置 10、人口肛門の処置	
	麻痺の有無	1、ある(部位: ) 2、なし	
	拘縮の有無	1、ある(部位: ) 2、なし	

私は、入所に関する方法や手続きについて、申し込み説明書を一読いたしました。

年 月 日      入所申込者氏名  
(または代理人)

印  
社会福祉法人 四葉晃耀会 特別養護老人ホーム ブルーポピー

診療情報提供書 (A)

年 月 日

本提供書の有効期限は、上記発行日より3カ月の間とする。

特別養護老人ホーム ブルーポピー

医療機関名 (科名)

所在地

様

名称

担当医

電話

印

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 明・大・昭 年 月 日

〒住 所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

【診 断】

【既往症】

【治療経過】

【処 方】

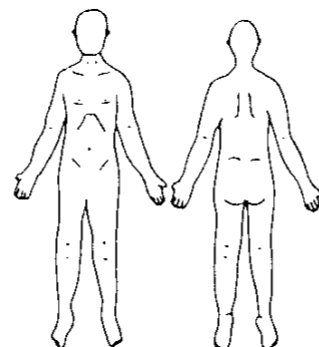
【心身の状態】

(1) 身体の状態

(主治医との協議により、ケアマネジャーによる点チェック及び記入可)

- 四肢欠損 関節の拘縮 筋力低下 麻痺 (L・R) 褥瘡
- 嚥下障害 知覚障害 難聴 失調・不随意運動
- 視覚障害 失語症 カテーテル類留置
- その他の皮膚疾患

<備考>



(2) 日常生活の自立度

ADL状態 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症状態 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(3) 認知症の中核症状

- ・短期記憶 問題なし 問題あり
- ・認知能力 自立 多少困難 要見守り 判断不可
- ・伝達能力 伝達可 多少困難 具体的要求のみ 伝達不可

(4) 認知症の周辺症状

- 有 無
- 幻視、幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護拒否 徘徊
- 不潔行為 異食行動 性的問題 火の不始末
- その他 ( )

【検査所見】 [施行日 平成 年 月 日]

※ 印の項目については6か月以内の検査値、その他は直近の検査値を記入して下さい。

尿	糖		血液生化学	総蛋白質		BUN	
	蛋白			アルブミン		Cr	
	潜血			GOT		UA	
血	白血球数		GPT		Na		
	赤血球数		LDH		K		
	血色素数		ALP		Cl		
液	ハマトクリット		γ-GTP		Ca		
	血小板		LDL-cho		CRP		
			HDL-cho		血糖	(食前・食後)	
			TG		▲HbA1c		

▲糖尿病歴ある方のみ

※TPHA		※HBs抗原		※HCV抗体	
-------	--	--------	--	--------	--

疥 癬	有・無	結核性疾患	有・無
-----	-----	-------	-----

(検出部位 )

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

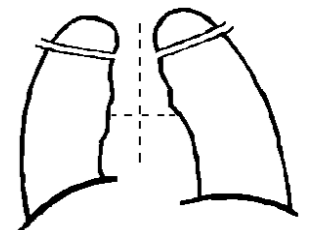
※心電図所見

血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

※検査 \_\_\_\_\_ 年 月 日

【特記事項】

※胸部X-P所見



※検査 \_\_\_\_\_ 年 月 日