

# リーナホーム入居申込書

フリガナ		年齢			性別
氏名			生年月日	西暦	年 月 日 男・女
住所	〒				
入居を希望する理由	入居希望理由、入居後の目標や意向				
主となる介護者	氏名				
	連絡先詳細	続柄 (日中) TEL: (夜間) TEL: (勤務先)			
受給者証情報	区分( <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5・ <input type="checkbox"/> 6) ・認定有効期間( 年 月 日)				
現在、利用中の福祉サービス	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援( <input type="checkbox"/> A型・ <input type="checkbox"/> B型) <input type="checkbox"/> 居宅介護( <input type="checkbox"/> 家事援助・ <input type="checkbox"/> 居宅身体介護) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 計画相談支援 ・計画相談支援事業所名: ・担当者名:				
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ※有の場合 ( 級)				
療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ※有の場合 ( 度)				
健康保険証	種類( ) / 被保険者番号( )				
医療証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ⇒種類( )    番号( )				
収入状況	・障害年金 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし( 級 月 円)    ・生活保護( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし)(月 円) ・就労(月 円)    ・その他( 円)				
成年後見制度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 後見・保佐・補助 )    後見人氏名( )				
	連絡先 所属(勤務先等): 所在地(住所): TEL:				
備考					

生 育 歴	詳細	
	今までの状況 (学校、職歴、施設利用歴等)	
	現在の状況	
生 活 状 況	生活リズム	①起床時間( 時 分) ②就寝時間( 時 分) ③食事 朝(□必ず・□ときどき・□とらない)昼(□必ず・□ときどき・□とらない)夕(□必ず・□ときどき・□とらない)
	睡眠	④入浴(□毎日・□週日・□その他 ) ⑤寝具(□ベット・□布団) ⑥睡眠の質(□良眠・□不眠・□不眠気味) ⑦体位交換 □無 □有( 時間毎 )
	趣味等	
	特記	
既 往 歴	疾患名、受診年月日、経過・受診(病院)状況をご記入。書ききれない場合はその他共有事項にご記入をお願いします。	
	①	
	②	
てんかん発作	□無 □有(頻度 )、発作の内容、重篤時の対応方法等	
アレルギー	□無 □有(薬: ・食事: )	
医 療 的 ケ ア	経管栄養	ケア内容詳細(時間、回数など)
	呼吸器	ケア内容詳細(時間、回数、吸引、吸入等)
	その他	ケア内容詳細

かかりつけ医		電 話		主 治 医	
		電 話		主 治 医	
緊急対応病院		電 話			
		電 話			
身体 状 況	麻 痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 上肢 ・ <input type="checkbox"/> 下肢 ・ <input type="checkbox"/> 片麻痺( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)			
		内容:			
	拘 縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )			
	移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす(自走 介助)			
	体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	福祉用具使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(1日 何回 )			
	【移動・移乗方法(車椅子・床・ベット・リフト)の特記事項】				
食 事 状 況	食 器	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 他	食 欲	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 小食	
	摂 取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	嚥 下	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不安 <input type="checkbox"/> 困難	
	主 食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管( ) <input type="checkbox"/> その他			
	副 食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動食			
	歯	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 部分入歯(上・下) <input type="checkbox"/> 総入歯 <input type="checkbox"/> 無			
	口 腔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	うがい	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 他	
	飲 酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	嗜 好		
	喫 煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )			
排 泄 状 況	特 記				
	方 法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	失 禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	日 中	<input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/> Rパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 他( )			
	夜 間	<input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/> Rパンツ <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 他( )			
	排 便	<input type="checkbox"/> 日 回位(下剤・浣腸・座薬)	排 尿	<input type="checkbox"/> 1日 回位	
	不潔行為				
	特 記				

入浴状況	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具・機械浴槽 <input type="checkbox"/> その他(
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( 上衣 ・ 下衣 ) <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	特記	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 失明(右・左・両) <input type="checkbox"/> 眼鏡(有・無)	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳元(右・左) <input type="checkbox"/> 聞こえない	
発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 発声のみ <input type="checkbox"/> 無(	
意思表示	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 基本的な要求のみ <input type="checkbox"/> 返事のみ(	
	表現方法(発声、ジェスチャー、書字など)	)
意思疎通	<input type="checkbox"/> 言葉で理解できる <input type="checkbox"/> 単語で理解できる <input type="checkbox"/> 難しい	
	<input type="checkbox"/> 言葉以外の方法で理解できる(	)
読み書き	<input type="checkbox"/> 可( 書き ・ 読み ) <input type="checkbox"/> 不可	
特記		
パニック不安定な行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(	
	詳細:	
	自傷行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(
		詳細:
	他害行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(
		詳細:
	器物破損	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(
		詳細:
環境の変化による問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(	
	詳細:	
走っていないくなる突発行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(	
	詳細:	
過食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(	
	詳細:	
反すう	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(	
	詳細:	
不潔行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(	
	詳細:	

	反社会的行動	□無 □有(	
		詳細:	
本人の様子		好きなこと・もの	嫌いなこと・もの
		機嫌が良いとき	機嫌が悪いとき
		対人(同性・異性・年齢など)との関わる時	その他
		こだわり	
その他 共有事項等			