

※空欄には必要事項を、チェック欄にはあてはまるところにチェックをつけて下さい。いずれも支障のない範囲でご記入下さい。

**このシートを記入された方の情報をご記入ください。**

お名前(ふりがな)		ご連絡先(携帯電話等)	ご記入日
ご住所		ご関係	

**入居を希望されている方のご親戚で代表の連絡先をご記入ください。(キーパーソン)**

お名前(ふりがな)		ご連絡先(携帯電話等)
ご住所		ご関係

**入居を希望されている方の状況をご記入ください。**

お名前(ふりがな)		(男・女)	生年月日(年齢)	
ご住所			電話番号	
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
現在入院中の場合は、病院名(診療科) 退院予定日		<input type="checkbox"/> 入院中		
身長及び体重	身長	cm	体重	kg
<b>身体状況</b> (該当するところに 全てにチェックして ください。)	ご本人の性格 (自由記入欄)		<input type="checkbox"/> 社会的 <input type="checkbox"/> お話し好き <input type="checkbox"/> おっとり型 <input type="checkbox"/> ひとりの時間が好き	
	歩行のようす	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない		
	食事のようす	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 胃ろう等 <input type="checkbox"/> アルギン有 <input type="checkbox"/> わからない		
	食事の介助	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない		
	洗顔・整髪の介助	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない		
	お口の清潔保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> わからない		
	着替え	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない		
	トイレの介助	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ・パット <input type="checkbox"/> わからない		
	夜間のトイレ	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない		
	入浴のようす	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない		
	意志の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度なら <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> わからない		
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 床ずれあり <input type="checkbox"/> わからない		
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない		
	家事(掃除、調理等)	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない		
	金銭の管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> わからない		
	視力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ややわるい <input type="checkbox"/> わるい <input type="checkbox"/> まったく見えない <input type="checkbox"/> わからない		
	聴力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> ややわるい <input type="checkbox"/> わるい <input type="checkbox"/> まったく聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用		
	精神障害について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> わからない		
認知症の原因	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> 前頭側頭 <input type="checkbox"/> レビ-小体 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> わからない			
認知症の度合い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> かるい <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 重い			

入居を希望されている方の生い立ちや生活習慣、医療や介護保険に関する情報をご記入ください。

ご本人の近況、生活習慣など (自由記載欄)	
認知症や精神障害等で、特に気になること(問題行動等)があればご記載ください。	
主な持病と特徴、服薬している薬 (特に老人ホームで配慮して欲しい医療行為)	
現在かかっている医療機関、診療科、主治医	
担当の医療ソーシャルワーカー(医療機関名、氏名)、介護支援専門員(事業所名、氏名)	
現在(最近)利用している介護保険のサービスと頻度 (記載例: 訪問介護月8回、訪問看護月4回、デイサービス月4回)	

現在必要な医療行為

経鼻栄養	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
胃ろう	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
気管切開	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
たんの吸引	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 日中、夜間とも <input type="checkbox"/> わからない
バルーン	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
人工透析	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 週1回 <input type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> わからない
在宅酸素	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
インスリン	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> わからない
ストマー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
ASL	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
肺炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
結核	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
MRSA	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
HIV	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
梅毒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない
疥癬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> わからない

希望する施設(老人ホーム)・ご予算など

希望する老人ホームの種類	<input type="checkbox"/> 介護型有料老人ホーム・住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他の施設 <input type="checkbox"/> 条件に合ったところならどこでも <input type="checkbox"/> よくわからない		
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受ける予定		
ご予算①(希望月額) 参考:住宅型有料老人ホームの平均的な入居料(介護費用・食費等込)は14万円程度です。		ご予算② (支払い可能な <b>最大月額</b> )	
入居希望時期			
身元保証人	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
希望地域  ※希望地域を拡大すると施設が見つけやすくなります。	第1希望 ※例:〇〇市内		
	第2希望	<input type="checkbox"/> どこでもよい <input type="checkbox"/> 地域より費用優先	
嗜好品等	<input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> お酒 <input type="checkbox"/> ペット		
ご本人は老人ホームの入所にご納得していますか。	<input type="checkbox"/> 納得している <input type="checkbox"/> まだ話していない <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 納得していない		
既に問合せをしたり、見学をされたりした老人ホームがあればご記載ください。			
施設へのご要望等をご記載ください。			

老人ホーム紹介センターを利用されるにあたり、下記について確認をお願いいたします。

**個人情報の使用についてご確認ください。**

当センターが、お客様の担当介護支援専門員や病院の担当の方からお客様に関する情報の提供を受けることに同意いただけますか。	<input type="checkbox"/> 同意します
当センターが、本シート及び介護支援専門員・病院担当者から得たお客様の情報を、必要な老人ホームに提供することに同意いただけますか。	<input type="checkbox"/> 同意します

**ご利用料金についてご承諾をお願いします。**

<input type="checkbox"/> 承諾します。	入居が決まった場合に限り手数料として7万円（税別）をお支払いします。
---------------------------------	------------------------------------

株式会社ウェルグ（老人ホーム紹介センター）様

老人ホーム紹介センターを利用するにあたり、上記のとおり個人情報の使用について同意します。  
また、利用料金について上記のとおり承諾いたします。

令和 年 月 日

入居を希望される方のお名前

---

ご親戚で代表の方のお名前

---

㊞