

入所判定に関する個人情報使用同意書

特別養護老人ホーム第2サンシャインビラ
施設長 佐々木 和仁 様

以下に定める条件のとおり、私 および申請者(代理人)
社会福祉法人福陽会第2サンシャインビルが、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用
目的の必要最低限の範囲内で使用または収集することに同意します。

1. 利用期間

- ①入所申請日から入所または入所申請取り下げの間まで。

2. 利用目的

- ①入所に関して必要性の高い方が優先的に利用いただけるよう、当施設が定める判定（入所申請書）を基に、入所判定委員会にて判定を行うため。
- ②入所申請書に記載されている内容について不備等があった場合に、申請者（代理人）は担当の介護支援専門員等に聞き取りを行うため。

3. 使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、入所判定に関わる目的以外、決して利用しない。
また、入所申請取り下げになった場合は、速やかに削除・廃棄とするものとします。

令和 年 月 日

利用者

住所 〒

氏 名 _____ 印 _____

利用者は、署名が出来ない為、利用者の意思を確認のうえ、私が代行します。

申請者(代理人)

住所 〒

氏 名 _____ 印 _____ ご関係: _____

介護老人福祉施設入所申込書兼調査書

あてはまる項目の□にチェックをしてください

ふりがな														
ご記入者のお名前				入所希望者 ご本人との 関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子(同居・別居) <input type="checkbox"/> その他()									
ご記入者の住所	〒 -				この申込書に ついての問い 合せ先		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外() 電 話 - -							
ふりがな				被保険者番号										
入所希望者 ご本人のお名前				性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	明 大 昭	年 月 日		満 歳				
入所希望者 ご本人の住所	〒 -													
要介護度	<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													
同居の方について	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居者がいる													
主に介護している方 について	・介護する方は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある ・主に介護する方は、 <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない													
介護を手伝う方につ いて	・介護を手伝う方は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合、その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> その以外の方()													
お住まいについて	・今のお住まいは、 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい													
介護する上での住宅 の問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化が著しい													
その他あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的な内容) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的な内容) <input type="checkbox"/> 病気がある(病名)													

現在受けている介護や治療のようす

<p>※自宅以外での介護 や治療</p>	<p>・現在おられるのは、 <input type="checkbox"/>病院 <input type="checkbox"/>老人保健施設 <input type="checkbox"/>介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/>養護老人ホーム <input type="checkbox"/>軽費老人ホーム <input type="checkbox"/>ケアハウス <input type="checkbox"/>有料老人ホーム <input type="checkbox"/>グループホーム <input type="checkbox"/>その他() ○施設の名称 ○入所・入院開始日 年 月 日～</p>
<p>※自宅にいらっしゃる方 は記入は結構です</p>	
<p>ケアプランなどについ て</p>	<p>・ケアプランは、 ○作っている <input type="checkbox"/>作っていない ・相談できる介護支援専門員は、 ○いる <input type="checkbox"/>いない ○介護支援専門員の氏名 ○事業所名称 電話 - -</p>
<p>在宅サービスについ て</p>	<p>・在宅サービスは、 ○使っている <input type="checkbox"/>使っていない ・今後の利用は、 <input type="checkbox"/>今のままでよい <input type="checkbox"/>もっと増やしたい <input type="checkbox"/>サービスや使い方を改善したい 〔具体的な内容〕</p>

特別養護老人ホーム 第2サンシャインビル 施設長 様

年 月 日

氏 名

印

記入年月日： 年 月 日

記入者： 続柄

氏 名： 年齢： 性別： 住民票所在地：

現在の生活状況：病院・在宅・老健・他施設 介護度： 身長： 体重：

A D L 調 査 票

全身状態	視力障害	無	有（左・右・両目 視力低下 全盲 不明）
	聴力障害	無	有（左・右・両耳 遠い 聞こえない 補聴器使用 不明）
	麻痺	無	有（部位：
	関節拘縮	無	有（部位：
	褥瘡	無	有（部位： 大きさ： ）
	感染症	無	有（MRSA HBV HCV 梅毒 疥癬） その他（ ）
食事	食事内容	常食	粥・副食：刻み・ミキサー食・流動食・経管栄養・IVH 治療食（減塩食・糖尿病食） その他（ ）
	食事	自立	一部介助 全介助
	嚥下障害	無	有（見守りが必要 飲み込みが困難）
歩行及び離床	歩行	できる	杖・歩行器が必要 できない
	立上り	できる	介助が必要 できない
	立位保持	できる	介助が必要 できない
	寝返り	できる	介助が必要 全介助
	起き上がり	できる	見守りが必要 全介助
	車椅子移乗	できる	見守りが必要 一部介助 全介助
	座位保持	できる	見守りが必要 できない
排泄	尿意	自立	見守りが必要・声掛けが必要・誘導が必要 介助が必要
	便意	自立	見守りが必要・声掛けが必要・誘導が必要 介助が必要
	排泄方法	自立	トイレ・PTイレ・尿器・オムツ（1日中・夜間のみ） デイパパンツ
清潔	入浴	自立	一部介助 全面介助 歩行浴 機械浴 清拭のみ 訪問入浴サービス・施設入浴・在宅入浴サービス利用 家庭風呂
	口腔清拭	自立	一部介助 全面介助
	爪切り	自立	一部介助 全面介助
	更衣	自立	一部介助 全面介助
意思疎通	認知症	無	有（軽度・中等度・高度）
	意志表示	できる	一部伝えられる 伝えられない
	他者の理解	できる	一部できる できない
	金銭管理	できる	できない
問題行動：		物忘れ・ぼんやりしている・被害妄想・作話・妄想・独語・感情失禁	
無・有		昼夜逆転・暴言・暴行・大声・徘徊・収集癖・介護に抵抗する・物を壊す 不潔行為・異食・異常性行動・放尿・放便	
その他			
現在処方されている薬等			

※住所の移動、介護度の変更、状態の変化等ありましたら、ご連絡ください。

介護支援専門員意見書



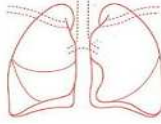
ふりがな			被保険者番号										
入所申込者氏名													
ケアプランについて	在宅サービス利用率		% (直近1か月の給付限度額に対する利用割合)										
	利用しているサービス(直近1か月の利用状況)												
	サービス名		利用回数等										
ご本人の状況	1 身体の状態について(麻痺や拘縮など、介護を要する身体状況)												
	2 認知症等について(介護や見守りを要する認知症の状況) ・認知症スケール (無 : 有⇒日付: 点数: 点)												
	3 疾患等について(現在の病気・既往歴、特に注意を要すること、医療器具の使用など介護や看護を要する疾患など)												
	障害老人の日常生活自立度 : 正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 認知症高齢者の日常生活自立度 : 正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M (主治医の意見書を元に記入して下さい)												
	日付: 病院名: 医師名:												
その他の留意すべきこと	※ご本人の嗜好や性格など介護をする上で把握しておくべきこと												

記入者氏名		職 種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	
事業所区分	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> その他()			
事業所名		連絡先電話	- -	

診療情報提供書

ふりがな		男・女	明・大・昭
氏 名			年 月 日生(歳)
住 所			要介護度()

現 病 名	(年 月 日発症)	既 往 歴	
	(年 月 日発症)		
	(年 月 日発症)		
	(年 月 日発症)		
	(年 月 日発症)		
病 状 経 過			服薬中の薬

身長: cm 体重: kg	心電図所見 (検査日 年 月 日)
血圧: / mmHg	異常: 無・有
麻痺(有・無)	意識障害: 無・有() 障 害: 言語・視力・聴力・特記事項なし 関節拘縮: 無・有(部位) 経口摂取: 可・不可(経管栄養・DIV・その他) 皮膚状態: 普通・湿疹・発赤・その他 浮 腫: 無・有(部位)
褥瘡(有・無)	
撮影月日 年 月 日	
	
	
	

障害高齢者の日常生活自立度	: 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	: 正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M

血液検査(検査日 年 月 日)※検査データは3か月以内に実施したものを記入してください。				
TP:	Alb:	WBC:	RBC:	Hb:
Ht:	PLT:	GOT:	GPT:	γ-GTP:
BUN:	UA:	Creat:	T-CHO:	TG:
Na:	K:	CL:	FBS:	CRP(定量):
HBS 抗原(一・十)			HCV(一・十)	HbA1c(糖尿病の方):
梅毒:TPHA(一・十)		MRSA(一・十)部位()		疥癬(無・有)
尿検査	タンパク(一・十) 糖(一・十) 潜血(一・十)			

年 月 日	医療機関名	医師名	印
-------	-------	-----	---

特別養護老人ホーム第2サンシャインピラ