

## 生活基本情報

社会福祉法人 軽費老人ホーム 大倭滝の峯荘

氏名 \_\_\_\_\_

滝の峯荘のご利用にあたり、ご入所前の生活につきまして下記の生活基本情報にご記入戴きますようお願い致します。ご記入戴きました内容につきましては施設サービス提供のため以外の目的では使用いたしません。

## 【生活一般について】

## 《 今までの暮らしについて 》

ア、 家族と同居      イ、ひとり暮らし      ウ、 病院・施設等(                      )

《 1日をどのように過ごされていましたか？ 》

ア、どちらかといえば家にいた

イ、どちらかといえば出掛けることが多かった  
( )

## 《 日常生活について 》

- ① 洗濯 ア、全て自分で イ、小さな物だけ ウ、全て介助してもらっていた
- ② 掃除 ア、自分で出来る イ、身辺のみ ウ、全て介助してもらっていた
- ③ 洗濯機(全自動) ア、使える イ、教われれば可能 ウ、使えない
- ④ 金銭管理 ア、全て自分で イ、小遣い程度 ウ、全て家族管理
- ⑤ 通院 ア、自分で イ、家族付き添い ウ、その他( )
- ⑥ 服薬 ア、全て自分で管理して飲める イ、家族の介助が必要
- ⑦ 買い物 ア、自分で行ける(歩いて・公共機関利用で) イ、家族が行く
- ⑧ 歩行 ア、自立 イ、杖 ウ、歩行器
- ⑨ 喫煙 ア、しない イ、する ( 本/日)
- ⑩ 飲酒 ア、しない イ、する ( 本/日)
- ⑪ 寝具 ア、ベッド イ、布団

## 《 入浴について 》

- ①一週間に何回くらい入浴されていましたか？ （                  回くらい）
- ②体を洗ったり、洗髪は自分で出来ますか？      ア、出来る      イ、介助が必要
- ③一週間に何回くらい洗髪されていましたか？ （                  回くらい）

## 《 排泄について 》

ア、全て自分で可能      イ、何らかの補助、又は用具が必要

※（    パット    ・    紙パンツ    ・    ポータブルトイレ    ・    尿瓶    ）    を使用している

## 【食生活について】

### 《 食事はどうされていましたか 》

ア、 自炊していた      イ、 家族が準備していた      ウ、その他（    ）

### 《 好き嫌いについて 》

好きな物・・・（    ）嫌いな物・・・（    ）

アレルギー・・・（    ）

間食はしますか      ア、 する（    ）      イ、 しない

### 《 入れ歯について 》

① 自分の歯は何本ありますか      （                  本）

② 入れ歯について      ア、 部分入れ歯      イ、 上のみ      ウ、 下のみ      エ、 総入れ歯

### 《 食事に関することで、特に知らせておきたいことがあればお書き下さい 》

### 《入所後のご家族とのかかわりについて》

ア、 必要があれば、いつでも施設に行ける

イ、 土・日・夜間しか行けない

ウ、 あまり行けない

エ、 その他（    ）

### 《入所後の住所について》

ア、 変更しない

イ、 変更する・・・ 入荘後すぐに ・ いずれする（いつ頃    ）

## 《医療について》

### ①健康保険証

ア、加入保険の種類（国保 ・ 後期高齢 ・ 組合管掌 ・ 共済組合 ）

イ、生活保護

ウ、被保険者 本人 ・ 扶養

エ、保険証類の管理 本人管理 ・ 家族管理

②訪問看護 受けていない / 受けている 名称（ ）・（ ）回

③マイナンバーカード 有 ・ 無

## 《介護保険について》

①認定について ア、受けている（要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）

有効期限（ 年 月 日）

イ、受けていない

### ②特別養護老人ホームに申し込み

ア、していない

イ、している 名称（ ）申込日（ 年 月 日）

名称（ ）申込日（ 年 月 日）

### ③介護サービスを受けておられる方

・居宅介護支援事業所 名称（ ） ケアマネ氏名（ ）

・訪問介護事業所（ヘルパー） 名称（ ）利用回数 週 回

・通所介護（デイサービス） 名称（ ）利用回数 週 回

・通所リハビリ（デイケア） 名称（ ）利用回 週 回

・介護タクシー 名称（ ）

・介護用品レンタル （ ）（ ）（ ）

## 《障害について》

①障害手帳 無 ・ 有（ ）手帳

②利用されているサービス 自立支援医療 ・ 地域生活支援事業

## 《家族歴》

ア、配偶者 有 ・ 無（ 生別 ・ 死別 ・ 未婚 ）

イ、子 有（ 人 ） ・ 無

## 《通院について》

①現在通院されていますか                      ア、している      イ、していない

医療機関名	受診科目	主治医名	通院回数	薬の有無	通院方法

②これまでに入院されたことはありますか ア、 ある イ、 ない

入院年月日	病名	入院先	入院期間	経過

④緊急連絡先

① 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

② 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( )

電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

※もしもの時の処置について(救急搬送時など)

☐ 延命を目的とした高度な処置をして欲しい

☐ なるべく自然な状態で見守って欲しい

☐ その他( )

⑤連絡方法について(緊急時以外) LINE or メールどちらか

★LINEアプリ	可	・	不可	メールアドレス
★メール	可	・	不可	

※施設からは緊急時以外はLINEやメールでさせていただきます。その際は必ず返信かお電話お願い致します。ご家族様からもお気軽にご連絡下さい。