

調査票

| | | | | | | |
|--------|-------------|--|------|-------------|--------------------|----|
| 生活状況 | 移動 | 歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | |
| | 食事 | 主) 普通・かゆ・ミキサー(箸・スプーン) | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | |
| | | 副) 普通・一口大・きざみ・極きざみ・ミキ | | | | |
| | 排泄 | トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | |
| | 入浴 | 介助浴・座浴・特浴 | | 介助 | 自立・一部介助・全介助 | |
| 送迎時の介助 | 車椅子・ストレッチャー | | 要・不要 | | | |
| 身体状況 | 視力 | 普通・見えにくい・見えない | 身長 | cm | 体重 | kg |
| | 聴力 | 普通・聴こえにくい・聴こえない | 精神状態 | 精神状態 | 安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他) | |
| | 発語 | 普通・やや不自由・不自由 | 認知症 | 認知症 | 無・有() | |
| | 理解力 | 普通・分かりにくい・分からない | 問題行動 | 問題行動 | 無・有(徘徊・不潔行為・他) | |
| 健康状態 | 現疾患 | | | 病歴 | | |
| | 主治医(病院) | | | TEL | | |
| | 医療の状況 | 経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他() | | | | |
| | 感染症 | 無・有() | | アレルギー | 無・有() | |
| | 皮膚刺激 | 普通・弱い | | 麻痺 | 無・有() | |
| | 便秘 | 無・有(服薬: 無・有) | | こうしゆく 拘縮 | 無・有() | |
| | 睡眠 | 良・不良(服薬: 無・有) | | じよくそう 褥瘡 | 無・有() | |
| | えんげ 嚥下 | 異常なし・むせる・つめる | | 湿疹 | 無・有() | |
| 入れ歯 | 無・有(上・下) | | 口腔保清 | 要・不要() | | |
| 住環境 | 区分 | 持ち家・借家・高層住宅 階(エレベーター 有・無) | | | | |
| | 住宅改修 | 可・不可(理由:)・改修済(改修場所:) | | | | |
| | 立地等 | 在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他) | | | | |

【介護上の悩み・困っていること】

※できるだけ詳しくご記入ください。別の用紙にお書き頂いても結構です。

おねがい

入所希望者の要介護度や家族等の介護者の状況など、本入所申込書に記載した事項等が変わった場合、死亡された場合、あるいは他の特別養護老人ホーム等に
入所した場合は、必ず当施設に連絡をしてください。

(様式2)

記入日： 年 月 日

介護支援専門員等意見書

入所申込者(本人)氏名： _____

記載者

氏名： _____

所属： _____

職種： _____

電話： _____

※ この意見書は、入所申込時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）や地域包括支援センターの職員等が入所申込者の現在の状況を、把握されている範囲でご記入ください。

(1) 認知症の周辺症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

①発生頻度

非常に多い 時々ある 少しある・稀にある なし

②症状(該当する項目全てにチェック)

幻視・幻聴 昼夜逆転 暴言暴行 大声を出す 介護に抵抗
常時の徘徊 火の不始末 不潔行為 異食行動 自傷行為
性的問題行動 その他()

(2) 主たる介護者・家族等の状況

身寄りがいない、もしくは家族等がいても疎遠であるなど介護者がいない。
介護者はいるが、地理的に離れているもしくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難。
介護者はいるが、他に介護や育児が必要な者がいる。
介護者はいるが、十分な介護が困難。(高齢・障害・疾病・就労・その他：)
介護者が近隣にいる。
同居の介護者がいる。(人)
その他 ()

(3) 主たる介護者の負担感

介護疲れがひどい
在宅サービスを利用しているが介護疲れがある
在宅サービスの利用にて順調
在宅サービスの利用ないが順調
殆ど関わっていない

