

特別養護老人ホーム風の木苑 入居申込み書別紙(調査票)

入所希望者氏名		記入者	
記入者所属 職名(※)	所属	連絡先 電話番号	希望者
	職名		記入者

※ 居宅支援事業所又は包括支援センターが記入した場合に記載する

調査項目	内容	
要介護度	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
	有効期間	から まで
介助の状況	食事	食事介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		食事の内容 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 (平均摂取 割)
	排泄	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		排泄の方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	入浴	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		入浴の方法 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 寝浴 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	更衣	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	体位変換	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
移動	介助の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
その他介助の状況に関する特記事項		
身体 の 状 況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 視力が無い
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聴力が無い
	発語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 発語が無い
	障害手帳 等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ 障害手帳等 ]
		手帳の種類
		障害名 障害の程度(級・度)
その他身体の麻痺の状況に関する特記事項		
身長	cm	体重 kg

	内容			
医療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 疾病又は処置(※)があり、常時の看護又は見守りが必要 <input type="checkbox"/> 疾病又は処置があるが、常時の看護又は見守りは不要 <input type="checkbox"/> 特に疾病又は処置はない  ※ 経管栄養・在宅酸素・胃婁等			
	担当医療機関名		主治医	
	既往歴、現在治療中の疾患			
	現在処方されている薬(コピー添付でも可能です)			
その他健康状況				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
皮膚刺激	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
湿疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
嚥下	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 多少困難 <input type="checkbox"/> 困難	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 )	口腔清掃	<input type="checkbox"/> 介助要 <input type="checkbox"/> 介助不要( )	
便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬名 )			
認知 症 の 度 合 い	<input type="checkbox"/> IV以上 <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> なし			
	※ 認知症の度合い「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」 (平成5年10月26日老健第136号厚生省老人保健福祉 局長通知)による			
	※ 判定内容については主治医意見書にある内容を記入して下さい			
	<b>該当する認知症の状態</b> <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 迷子 <input type="checkbox"/> 暴力暴言 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 離園 <input type="checkbox"/> 大声奇声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 破壊行為 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的迷惑行為			
認知症の状態にある場合のその状態に関する特記事項				

調査項目	内容																				
生活環境	单身・独居の別																				
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(所帯は別だが子の住居に同居する場合を含む) [家族が居る場合の家族構成] ..... .....																				
	住居の状況																				
	<input type="checkbox"/> 介護に適していない個所が多い <input type="checkbox"/> ある程度介護に適している状態で整備されているが、適していない箇所が一部ある <input type="checkbox"/> ほぼ適した状態で整備されている																				
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者(※)がない <input type="checkbox"/> 介護者がいる																				
	※ 同居家族のほか、同居家族以外の肉親、親類、縁者等も含むが、介護保険等の保健福祉サービスによる介護者を除く。以下同じ																				
	介護者がいる場合の主たる介護者の状況及び負担の状況 (肉体的・身体的・経済的負担等を指す)																				
	<table border="1"><thead><tr><th data-bbox="327 1140 504 1220">氏名</th><th data-bbox="504 1140 775 1220"></th><th data-bbox="775 1140 922 1220">入居希望者との続柄</th><th data-bbox="922 1140 1098 1220"></th><th data-bbox="1098 1140 1358 1220">年齢 歳</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="327 1220 504 1312">同居の有無</td><td colspan="4" data-bbox="504 1220 1358 1312"><input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>別居 ( <input type="checkbox"/>近隣地在住 <input type="checkbox"/>遠隔地在住 )</td></tr><tr><td data-bbox="327 1312 504 1404">就労の状況</td><td colspan="4" data-bbox="504 1312 1358 1404">週 回 時間 に従事</td></tr><tr><td data-bbox="327 1404 504 1505">疾病・障害等の状況</td><td colspan="4" data-bbox="504 1404 1358 1505"><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ( 詳細 )</td></tr></tbody></table>	氏名		入居希望者との続柄		年齢 歳	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )				就労の状況	週 回 時間 に従事				疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 詳細 )			
	氏名		入居希望者との続柄		年齢 歳																
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 ( <input type="checkbox"/> 近隣地在住 <input type="checkbox"/> 遠隔地在住 )																				
就労の状況	週 回 時間 に従事																				
疾病・障害等の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 詳細 )																				
対応状況 <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほとんど対応できない <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが対応できない時間帯又は内容がある <input type="checkbox"/> 介護が必要な場合にほぼ対応できる																					
<table border="1"><tbody><tr><td data-bbox="327 1666 389 2078" rowspan="2">介護の負担</td><td data-bbox="389 1666 986 1836"><input type="checkbox"/>負担が大きい <input type="checkbox"/>負担がやや大きい <input type="checkbox"/>負担が少ない</td><td data-bbox="986 1666 1358 2078" rowspan="2">その他</td></tr><tr><td data-bbox="389 1836 986 2078">理由等 <input type="checkbox"/>主たる介護者が病気などで長期入院 <input type="checkbox"/>主介護者が高齢又は障害等で介護困難 <input type="checkbox"/>複数の要介護者がいる為介護負担が大きい <input type="checkbox"/>主たる介護者が就業・育児により介護困難 <input type="checkbox"/>その他の理由により介護困難</td></tr></tbody></table>	介護の負担	<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない	その他	理由等 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が病気などで長期入院 <input type="checkbox"/> 主介護者が高齢又は障害等で介護困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいる為介護負担が大きい <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業・育児により介護困難 <input type="checkbox"/> その他の理由により介護困難																	
介護の負担		<input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 負担がやや大きい <input type="checkbox"/> 負担が少ない		その他																	
	理由等 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が病気などで長期入院 <input type="checkbox"/> 主介護者が高齢又は障害等で介護困難 <input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいる為介護負担が大きい <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業・育児により介護困難 <input type="checkbox"/> その他の理由により介護困難																				

	内容																																			
	<p>介護保険サービスの居宅サービス又は介護保険以外の福祉サービスの利用予定</p> <p><input type="checkbox"/> 利用する   <input type="checkbox"/> 利用しない</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td rowspan="6" style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">介護保険 居宅 サービス 利用の 状況</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">サービス種類</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">□月 □週</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">回</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">□時間 □日</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">全サービスあわせて支給限度</td> <td style="text-align: center;">%利用予定</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">保険外 サービスの 利用</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">保険外サービス種類</td> <td style="width: 45%; text-align: center;">保険外利用頻度</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">対応状況</p> <p><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ほとんど対応できない</p> <p><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合に、ある程度対応できるが対応できない時間帯又は内容がある</p> <p><input type="checkbox"/> 介護が必要な場合にほぼ対応できる</p> </div>	介護保険 居宅 サービス 利用の 状況	サービス種類		□月 □週	回	□時間 □日																					全サービスあわせて支給限度		%利用予定				保険外 サービスの 利用	保険外サービス種類	保険外利用頻度
介護保険 居宅 サービス 利用の 状況	サービス種類			□月 □週	回	□時間 □日																														
	全サービスあわせて支給限度		%利用予定																																	
保険外 サービスの 利用	保険外サービス種類	保険外利用頻度																																		
その他特記事項																																				
その他																																				