

入所希望者の状況

入所希望者名	
--------	--

※以下の該当する項目にレ印の上、その状況をご記入下さい。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設種別 () 病院(介護保険外)・養護老人ホーム・軽費老人ホーム 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設 有料老人ホーム・グループホーム・介護保険除外施設・その他 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)			
入所を希望する理由 (該当する項目をいくつかも選択して下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れた所に住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往歴	年月日	病名	治療内容	治療を受けた医療機関
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			
現病歴	病名			
内服薬				
食事制限	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			
医療に関する状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他()			
薬剤アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無			
【入所後、病気・急変等により、身体状態の悪化が考えられますが、その場合どのような介護を希望されますか。ご家族の考えをご記入下さい。】				

入所希望者名

身体状況	身長	cm		
	体重	kg		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	メガネ:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴力	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	補聴器:	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		
性格	<input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 自分のことを気にしやすい <input type="checkbox"/> 人にとけこめない <input type="checkbox"/> 好き嫌が多い <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 融通がきかない			
認知症等による問題行動 (問題行動の起きる頻度にもし印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度			
介護に関する状況	移動	離床	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		離床状況	<input type="checkbox"/> 大半離床 <input type="checkbox"/> たまに離床(食事時・トイレ時など) <input type="checkbox"/> 常に臥床	
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行(独歩) <input type="checkbox"/> 歩行(補助具:) <input type="checkbox"/> 介助歩行	
			<input type="checkbox"/> 車椅子 (自立・介助)	
	嗜好	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		食事形態	主食 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 粥 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー	
		食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
	排泄	タバコ	(本 / 1日) 【見守り】 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
		酒	(/ 1日) 【見守り】 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
	身体清潔	意識行為	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		排泄場所	<input type="checkbox"/> オムツ使用(終日・昼間のみ・夜間のみ) <input type="checkbox"/> トイレ使用 <input type="checkbox"/> ホータルトイレ使用(終日・昼間のみ・夜間のみ)	
	心理	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	麻痺・拘縮	理解	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
指示		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 【身体障害者手帳】 <input type="checkbox"/> 有 (種 級) <input type="checkbox"/> 無			
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 熟睡 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 眠剤を使用している			

※介護に関する状況について、自立・部分介助・全介助の内容については別表1をご参照下さい。