

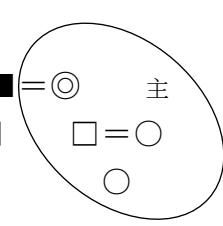
別紙1-2 グループホームふれあい 入所希望者調査書

(記入年月日： 年 月 日 記入者氏名：)

入 所 希 望 者 の 状 況	現在利用している居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (月に 回程度) []
	*1 該当するものすべてを選んでください。	<input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 回程度) []
	*2 []	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問看護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 (月に 回程度) [] <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 (月に 回程度) []
	内に事業者名を記入してください。	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 ()
	身体状況	<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 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 重湯 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (嚥下状況) <input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> むせる (経管栄養) <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
	食事摂取	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう 排泄用具等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> 尿瓶
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> 臥床浴
	更衣	<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	使用器具 <input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ベッドから離床できない 転倒・転落等 (過去1ヶ月以内の状況 回)
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢) (軽度 ・ 中度 ・ 重度)	
筋力低下	<input type="checkbox"/> 上肢 (左・右) {軽・中・重} <input type="checkbox"/> 下肢 (左・右) {軽・中・重}	
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 言葉は聞かれない	
意思伝達	<input type="checkbox"/> 伝達ができる <input type="checkbox"/> 通常は意思伝達できるが、内容や状況によってできる時とできない時がある。 <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> 意識障害	
介護者の指示理解	<input type="checkbox"/> 理解できる。 <input type="checkbox"/> 指示に対し、その時によって理解できない時がある。 <input type="checkbox"/> 指示が理解できない。 <input type="checkbox"/> 意識障害	

	認知症・精神の症状	<p>認知症・精神の症状についてお尋ねします。あてはまる項目にチェックを付けてください。</p> <p> <input type="checkbox"/> 年齢相応の物忘れがあるが、日常生活上支障はない <input type="checkbox"/> 物忘れの症状が見られるが、介護上困ったことはない <input type="checkbox"/> ひどい物忘れの症状が見られるが、介護上困ったことはない <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が時々見られ、注意を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に注意を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療が必要又は治療を受けている。 <input type="checkbox"/> 寝たきりの為、支障がない又は判断ができない </p> <p>介護を困難にしている状況についてお尋ねします。該当する項目にチェックを付けてください。また、その状況や頻度等を具体的に記載してください。</p> <p> <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> うつ症状 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話しをする <input type="checkbox"/> その他 (_____) _____ _____ </p>
--	-----------	---

入所希望者の状況	医療的処置 * 該当するものをすべて選んでください。	<p> <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> その他 (_____) (現在治療中の病気) </p> <table border="1" data-bbox="432 1218 1481 1547"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>病院名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月～</td> </tr> </tbody> </table> <p> 内服薬 感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名 _____) (既往症) </p> <table border="1" data-bbox="432 1765 1481 2029"> <thead> <tr> <th>病名</th> <th>病院名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>年 月</td> </tr> </tbody> </table>	病名	病院名	期間			年 月～			年 月～			年 月～			年 月～	病名	病院名	期間			年 月			年 月			年 月
病名	病院名	期間																											
		年 月～																											
		年 月～																											
		年 月～																											
		年 月～																											
病名	病院名	期間																											
		年 月																											
		年 月																											
		年 月																											

家族や住居等の状況	入所を希望する理由 *該当するものをすべて選んでください。	<input type="checkbox"/> 身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 車いすを使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 地理的に介護を受けるのが困難である。 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所（退院）を求められているが、在宅での介護が困難			
		<input type="checkbox"/> その他（具体的に記載してください。） <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>			
家族状況	主な介護者	(フリガナ)	性別	年齢/生年月日	(歳)
		氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日	
		同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 *同居の場合、住所の記載は不要 住所〒 _____ 電話 () _____		
		入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者（妻または夫） <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥姪 <input type="checkbox"/> その他 () _____		
		仕事の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（仕事内容 _____） <input type="checkbox"/> 仕事をしたい（しなければならない）が「介護」の為仕事をする事ができない。		
		他の介護協力の有無	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> いない		
家族状況	家族図（入所希望者を中心にお書きください。）		男…□ 女…○ 本人…□◎ 死亡：■● 夫婦…= (例) 介 ■ = ◎ 主 ○ = □ □ = ○ □ ○		
	※主介護者に「主」、介護協力者に「介」、同居者を○で囲む。				

家族構成	氏名	続柄	生年月日	住所（市町村名）	同居 別居	職業	連絡先等

その他	入所希望者の意向（入所希望者が申し込んでいる場合を除く）	<input type="checkbox"/> 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者は在宅での生活を希望している <input type="checkbox"/> 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない <input type="checkbox"/> その他（ ）
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる （他の施設名） _____

担当ケアマネジャー	氏名		連絡先	電話	（ ）
	事業所名				

備考	グループホームふれあいへの入所を希望する理由をお書きください。

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。
------	---

