

No.1/3

入所希望者についての意見書

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)

(事業者名)

(住 所) 〒

(電話番号)

(記入者氏名)

記入年月日	令和 年 月 日		
入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな		
	氏 名		
	住 所	〒	
	介護保険保険者		要介護状態区分等
	保険者番号		被保険者番号
	認定有効期限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
家族構成	ふりがな	本人との関係	同居有無
	氏 名		
連絡先		家族構成図	
※主たる介護者の名前に○をしてください。			
現在の生活状況で特記すべきこと。(住宅環境、医療・身体・精神的状況など介護困難な状況の要因を記入してください。)			
緊急性 ☐ 有 ☐ 無 虐待 ☐ 有 ☐ 無			
入所についての本人・家族の意思			
状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特 記 事 項	
麻痺等の有無について			
☐ ない ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他			
関節の動く範囲の制限の有無について			
☐ ない ☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 足関節 ☐ その他			
起き上がりについて			
☐ つかまらないうでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない			
両足での立位保持について			
☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる ☐ できない			

入	状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)	特記事項
所 希 望 者 の 状 況	移動について	
	□歩行 (□独歩 □杖歩行 □シルバーカー □歩行器)	
	□車椅子 (□自立 □見守り □一部介助 □全介助)	
	□ストレッチャー □その他()	
	移乗について	
	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
	立ち上がりについて	
	□つかまららないでできる □何かにつかまればできる □できない	
	食事摂取について:入歯の有無 □有 □無	
	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □胃ろう □経鼻栄養	
	※主食 □普通食 □軟食 □ミキサー □その他()	
	※副食物 □普通 □きざみ □ミキサー □その他()	
	入浴について:頻度 □毎日 □2～3日に1度 □その他()	
	□普通浴槽 □特殊浴槽() □その他()	
	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
	排尿について	
	□トイレ □ポータブルトイレ □尿器 □特殊パンツ □オムツ	
	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
	排便について	
	□トイレ □ポータブルトイレ □差込便器 □特殊パンツ □オムツ	
	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
	衣服の着脱について	
	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
	金銭の管理について	
	□自立 □一部介助 □全介助	
	日常の意思決定について	
	□できる □特別な場合を除いてできる □日常的に困難 □できない	
	視力について:眼鏡の有無 □有 □無 □その他()	
	□日常生活に支障がない □近距離であれば見える □ほとんど見えない	
	聴力について:補聴器の有無 □有 □無 □その他()	
	□日常生活に支障がない □大きな声なら聞き取れる □ほとんどきこえない	
	意思の伝達について	
	□できる □時々できる □できない	

入 所 希 望 者 の 状 況		特 記 事 項
状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		
指示への反応について		
☐ 通じる ☐ 時々通じる ☐ 通じない		
性格について		
☐ おとなしい ☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 几帳面 ☐ 内向的 ☐ 頑固		
☐ 凝り性 ☐ わがまま ☐ 頑固 ☐ 短気 ☐ 無口 ☐ 融通がきかない		
対人関係について		
☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的		
精神状態等について(特記事項欄に状態を必ず記入して下さい)		
☐ 精神的障害有 ☐ 特になし		
記憶・理解について		
毎日の日課を理解することが	☐ できる ☐ できない	
直前の出来事を思い出すことが	☐ できる ☐ できない	
自分の名前を答えることが	☐ できる ☐ できない	
自分がいる場所を答えることが	☐ できる ☐ できない	
不適応行動について		
被害的になることが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
幻覚・幻聴が	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
感情が不安定になることが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
夜間不眠、昼夜の逆転が	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
暴言、暴行が	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
同じ話、不快な音、大きな声をだすことが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
介護に抵抗することが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
目的もなく動き回ることが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
異食が	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
現在受けている医療について		
☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマーの処置		
☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護		
☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル		
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	

※ 当月介護サービス利用票を添付してください。