

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) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入年月日 | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | | (記入者氏名) | | | | | | | | | |
| 入 所 | ふりがな | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | | | 年 | | 月 | | 日(歳) | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | 性 別 | 男・女 | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | 電 話 | () | | — | | | | | | | | |
| 希 望 者 | 介護保険保険者 | | | | | | 要介護状態区分等 | | 要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5) | | | | | | | | | | |
| | 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 |
| 状 況 | 家 族 構 成 | ふりがな | 氏 名 | | 本人との | 同居有無 | 連絡先 | | 家族構成図 | | | | | | | | | | |
| | | | | 関係 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ※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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 虐待 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 関節の動く範囲の制限の有無について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起き上がりについて | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 両足での立位保持について | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 支えなしでできる <input type="checkbox"/> 何か支えがあればできる <input type="checkbox"/> 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 | |
| | □つかまらなくてできる □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 | | |
| <input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない | | |
| 性格について | | |
| <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 頑固 | | |
| <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 融通がきかない | | |
| 対人関係について | | |
| <input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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) | | |
| <input type="checkbox"/> 精神的障害有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | |
| 直前の出来事を思い出すことが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | |
| 自分の名前を答えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | |
| 自分がいる場所を答えることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない | | |
| 不適応行動について | | |
| 被害的になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 幻覚・幻聴が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 感情が不安定になることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 夜間不眠、昼夜の逆転が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 暴言、暴行が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 同じ話、不快な音、大きな声をだすことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 介護に抵抗することが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 目的もなく動き回ることが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 異食が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある | | |
| 現在受けている医療について | | |
| <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマーの処置 | | |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 | | |
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 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。