

# 地域密着型特別養護老人ホームきみどり 入所申込みに係わる ケアマネージャー等による調査票

社会福祉法人みどり会

利用希望者氏名		介護保険 被保険者番号											
保険者		保険者番号											
要介護度	※1・※2	3・4・5	認定期間	年	月	日	～	年	月	日			

※要介護1・2の方の申込については、別項の「要件」「具体的な状況」を必ず明記して下さい。

身体障害状況	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症の状況	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

身体 の 状 況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 〔主食〕 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 〔副食〕 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー	備考	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 排泄種類 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ	備考	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭	備考	
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	備考	
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 移動種類 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・老人車等 <input type="checkbox"/> 車椅子	備考	
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが見える程度 <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 見えているか判断不明	備考	
	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"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 聞こえているか判断不明	備考	
	麻 痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: _____)	備考	
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない	備考	
	言 語	<input type="checkbox"/> 口頭による <input type="checkbox"/> 筆談等による <input type="checkbox"/> 手話等による <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない	備考	
	指示への反応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない	備考	

認知症の 状況としての 行動障害	主な症状	頻 度				
		なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	被害的妄想がある	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	色々なものを集める	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	幻視・幻聴がある	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	感情が不安定である	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	昼と夜が逆転する	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	暴言暴行など介護に抵抗がある	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	ものや衣類を壊す	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	不潔行為がある	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	大声を出す	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	異食がある	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	徘徊がある	なし	月1回以上	週1回以上	週3回以上	ほぼ毎日
	自傷行為がある	有		無		

その他(特筆すべき内容や具体的な症状などについてご記入ください)

.....

医療機関		既往歴	
主治医		現病歴	
服薬等			
医療的処置		<input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他( )	
現在 利用 している サービス等	<input type="checkbox"/> 【施設に入所(入居・入院)している場合】		
	施設名又は病院名 _____ 住所地 _____		
	<input type="checkbox"/> 入所又は入院期間 平成 ____年 ____月 ____日 (退所・退院予定日 平成 ____年 ____月 ____日) <input type="checkbox"/> 【在宅で介護サービスを利用していない】 <input type="checkbox"/> 【在宅で介護サービスを利用している】 在宅サービスの利用率 ____ % 現在利用しているサービス・事業所名・利用頻度 ( )		
主たる 介護者 の 状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が遠隔地にいる(居住地 ) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が就業しており介護に支障がある <input type="checkbox"/> 主たる介護者の介護疲れがひどい <input type="checkbox"/> 主たる介護者が病気の為、長期治療・療養中 <input type="checkbox"/> 介護にほとんどかかわっていない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が妊娠している・育児中 <input type="checkbox"/> 別居親族による介護協力者がいない <input type="checkbox"/> 主たる介護者が高齢、障害を有する <input type="checkbox"/> 同居の介護協力者がいる ( ____人) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が他の方も介護・看病している <input type="checkbox"/> 介護協力者が近隣にいる <input type="checkbox"/> 近隣者などによる介護協力者がいない <input type="checkbox"/> 同居者に介護協力者がいない <input type="checkbox"/> その他(チェックした項目の具体的内容についてご記入ください) ( )		
	<input type="checkbox"/> 生計について <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超えて居宅サービスを自費負担している <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービスを充分利用できない <input type="checkbox"/> 住環境について <input type="checkbox"/> 現在、入所(入院)中の施設及び病院から退所(退院)を求められているが、自宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 住環境の事情で在宅生活に支障(危険)があり改善することが困難である <input type="checkbox"/> 住環境の事情で十分な介護が困難である <input type="checkbox"/> その他(チェックした項目の具体的内容についてご記入ください) ( )		
<b>【要介護1・2の方の入所申込みについては、長期入所が必要な理由を必ずご記入下さい。】</b>			
要件	<input type="checkbox"/> 認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる等により、心身の安全・安心の確保が困難である。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により、家族等に支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が十分に認められないことにより、在宅生活が困難である。		
具体的な状況			
その他特記			
本用紙 記入者	事業所・病院名		
	職種	連絡先	( )
平成 ____年 ____月 ____日 本用紙記入者氏名 _____			