

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	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 ☐ 経管栄養 ☐ 主膳 ☐ 看護長 ☐ 干預 ☐ 主膳 ☐ ミヤ ☐ 副膳 ☐ 看護長 ☐ 一人入 ☐ 刻み長 ☐ ミヤ ☐ サニ				備考	
	排 泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 ☐ 排泄種類 ☐ オムツ ☐ 紙パンツ ☐ 布パンツ				備考	
	入 浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 ☐ 一般浴 ☐ 中間浴 ☐ 特殊浴槽 ☐ 清拭				備考	
	更 衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助				備考	
	移 動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全部介助 ☐ 移動種類 ☐ 歩行 ☐ 杖・老人車等 ☐ 車椅子				備考	
	視 力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 人の動きが見える程度 ☐ 見えない ☐ 見えているか判断不明				備考	
	聴 力	☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ 大声が聞き取れる ☐ 聞こえない ☐ 補聴器使用 ☐ 聞こえているか判断不明				備考	
	麻 痺	☐ なし ☐ あり（部位：）				備考	
	意思伝達	☐ できる ☐ 時々できる ☐ ほとんどできない ☐ できない				備考	
	言 語	☐ 口頭による ☐ 筆談等による ☐ 手話等による ☐ その他 ☐ 普通 ☐ 聞き取りにくい ☐ 聞き取れない				備考	
	指示への反応	☐ できる ☐ 少しできる ☐ 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			
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		☐ ストーマ（人工肛門） ☐ 経管栄養 ☐ インシュリン注射 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ その他（		
現在 利用 している サービス等	☐ 【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 _____			
	入所又は入院期間 _____ 年 月 日 （退所・退院予定日 _____ 年 月 日）			
	☐ 【在宅で介護サービスを利用していない】 ☐ 【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	☐ 身寄りがないなど、介護する者がいない ☐ 主たる介護者が遠隔地にいる（居住地 _____） ☐ 主たる介護者が就業しており介護に支障がある ☐ 主たる介護者の介護疲れがひどい ☐ 主たる介護者が病気等の為、長期治療・療養中 ☐ 介護にほとんどかかわっていない ☐ 主たる介護者が妊娠している・育児中 ☐ 別居親族による介護協力者がいない ☐ 主たる介護者が高齢、障害を有する ☐ 同居の介護協力者がいる（ _____ 人） ☐ 主たる介護者が他の方も介護・看病している ☐ 介護協力者が近隣にいる ☐ 近隣者などによる介護協力者がいない ☐ 同居者に介護協力者がいない ☐ 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） [_____]			
状況 在宅 及び 生活 環境 の 境	【生計について】 ☐ 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 ☐ 介護保険の居宅サービスを充分利用できない 【住環境について】 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 住環境の事情で十分な介護が困難である ☐ 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） [_____]			
【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。】				
要件	☐ 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 。 ☐ 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			
	具体的な状況 [_____]			
その他特				
本用紙 記入者	事業所・病院名			
	職 種		連絡先	(_____)
年 月 日 本用紙記入者氏名 _____				