

No.1

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)	印
(住 所)	〒
(電話番号)	
(記入者氏名)	

記入年月日	平成	年	月	日			
入 所 希 望 者 の 状 況	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	() -	
	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	平成 年 月 日 ~		平成 年 月 日			
	家 族 構 成	ふりがな氏名	本人との関係	同居有無	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 <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							

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
入 所 希 望 者 の 状 況	移動について	
	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器)	
	<input type="checkbox"/> 車椅子 (<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"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()	
	移乗について	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	立ち上がりについて	
	<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	
	食事摂取について:入歯の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養	
	※主食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
	※副食物 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()	
	入浴について:頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日に1度 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽() <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排尿について	
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 特殊パンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排便について	
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> 特殊パンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
衣服の着脱について		
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
金銭の管理について		
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
日常の意思決定について		
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない		
視力について:眼鏡の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 近距離であれば見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない		
聴力について:補聴器の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がない <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない		
意思の伝達について		
<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない		

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
入 所 希 望 者 の 状 況	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。