

主たる介護者の方にお伺いします。（該当するものに○を付けてください。）

介 護 状 況	あなたの心身に障害や疾病などの問題がありますか？	
	<input type="checkbox"/> 問題があるため介護困難	<input checked="" type="checkbox"/> 問題がある、を選択した方は以下の質問にもお答えください。
	<input type="checkbox"/> 問題はあるが、多少の介護は可能	<input type="checkbox"/> 病名 (例：腰痛など)
	<input type="checkbox"/> 問題はあるが、介護をするのに支障はない	<input type="checkbox"/> 主介護者が介護認定を受けている場合→要支援1・2
	<input type="checkbox"/> 問題はない	要介護1・2・3・4・5
	本人以外で家族に育児や看病の必要な方はいますか？	
	<input type="checkbox"/> 常時、育児または看病が必要な方がいる	
	<input type="checkbox"/> 半日程度の育児または看病が必要な方がいる	
	<input type="checkbox"/> 時々、育児または看病が必要な方がいる	
	<input type="checkbox"/> いない	
あなた以外に介護に関われる方（家族等）はいますか？		
<input type="checkbox"/> いるが、本人の介護は困難 <input type="checkbox"/> いるが、本人の介護は多少可能 <input type="checkbox"/> いるが、本人の介護は十分可能 <input type="checkbox"/> いない		
<input type="checkbox"/> 同居の介護協力者がいる <input checked="" type="checkbox"/>頻度 <input type="checkbox"/> 別居の血縁介護協力者がいる <input type="checkbox"/>常時 <input type="checkbox"/> 近隣者等血縁者以外の介護協力者がいる <input type="checkbox"/>随時		
あなたは就労していますか？		
<input type="checkbox"/> 1日に8時間以上就労している <input type="checkbox"/> 1日に4時間以上就労している <input type="checkbox"/> 1日に4時間未満就労している <input type="checkbox"/> 不定期である <input type="checkbox"/> 就労していない		
同 意 欄	<p>特別養護老人ホームでいご 施設長 殿</p> <p>貴施設に入所を希望するため、申し込みます。</p> <p>また、貴施設が入所判定に使用する目的で、居宅介護支援事業所等から情報提供を受けることに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>（ 申 込 者 ） 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 印 続柄</p>	

入所希望者（ご本人様）氏名

様

身体 の 状 況	現病名 (現在治療中の病気)				
	既往歴 (今までの病歴)				
	意思の疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できるときもある		
		<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> 全くできない		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい		
		<input type="checkbox"/> 聞き取れない	<input type="checkbox"/> 全く話せない		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い		
		<input type="checkbox"/> 人や物の動きがわかる	<input type="checkbox"/> 全く見えない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる		
		<input type="checkbox"/> 耳元で大声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない		
睡眠	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 眠りが浅い	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 睡眠薬を使用している	
皮膚の状態	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 床ずれがある(場所:)	/状態:)		
	<input type="checkbox"/> かゆみがある(場所:)	<input type="checkbox"/> できものがある(場所:)			
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 特に無し				
身体の障害	無 ・ 有 (障害名: /部位:) 種 級 /取得年月日 年 月 日				
日 常 生 活 で の 動 作	起き上がり 寝返り動作	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる		
		<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全てに介助が必要		
	立位	<input type="checkbox"/> 一人で立てる	<input type="checkbox"/> 手すりにつかまればできる		
		<input type="checkbox"/> 介助があれば立てる	<input type="checkbox"/> 立ってられない		
	歩行・移動 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 自分で歩ける	<input type="checkbox"/> 杖、手すり、歩行器を使用して一人で歩ける		
		<input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける	<input type="checkbox"/> 歩けない	<input type="checkbox"/> 這って移動できる	
		<input type="checkbox"/> 車椅子を使用している(自走ができる ・ 自走ができない)			
	活動	<input type="checkbox"/> 外出できる	<input type="checkbox"/> 家の中なら歩く等の移動ができる		
		<input type="checkbox"/> 車椅子に座っていることが多い	<input type="checkbox"/> 寝たきり ・ ほとんど寝たきり		
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすれば食べられる		
		<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	<input type="checkbox"/> 口から食べることができない	
	飲み込みの状態	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 時々のだにつかえる	
		<input type="checkbox"/> 飲み込みが悪い(のどにつかえることが多い) <input type="checkbox"/> トロミを使っている			
	食事の形態	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> おかゆ	<input type="checkbox"/> おかずは刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー食
	食事の制限・アレルギー (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 制限はない <input type="checkbox"/> カロリー、塩分などの制限がある <input type="checkbox"/> アレルギーがある () ()			
排泄 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助すればできる	<input type="checkbox"/> 後始末ができない		
	<input type="checkbox"/> 全てに介助が必要	<input type="checkbox"/> トイレでの排泄はできない			
パンツ・オムツ等	<input type="checkbox"/> 布パンツのみ	<input type="checkbox"/> 布パンツにパット使用	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ		
	<input type="checkbox"/> リハビリパンツにパットを使用	<input type="checkbox"/> オムツ(常時	・ 夜間のみ)		
入浴	<input type="checkbox"/> 湯船に入れる	<input type="checkbox"/> シャワー浴(施設入浴)	<input type="checkbox"/> 清拭のみ		
お風呂で身体や 頭を洗うこと	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要		
	<input type="checkbox"/> 全てに介助が必要				
歯磨き	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要		
	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全てに介助が必要			
義歯	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (全部 ・ 部分 ・ 有るが使用せず)				
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自分でできる	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りをすればできる			
	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全てに介助が必要			

※入所判定に不利になるものではございませんので、ありのままをご回答ください。

自分でしまった物を、誰かに盗られたと言うようなことはありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
意味不明の言動がありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
奇声を上げることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
大便をいじったり、トイレ以外の場所で排泄をすることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
同じ事を何度も言うことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
食べられないものを口にするようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
一人の時に誰かと話しているようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
昼間は寝ており、夜間不眠になることがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
色々な物を集めたり、無断で持ってくるようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
世話(助言や介護)をされることを拒否(抵抗)するようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
暴力をふるうようなことがありますか？ (例：殴る、噛み付く、引っかく、ける、つばを吐きかける等)	ない	・	時々ある	・	ある（	）
食事したことを忘れてしまうようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）
やたらに歩き回るようなことがありますか？（ 家の中 、 外 ）	ない	・	時々ある	・	ある（	）
見えないものを見えると言うようなことがありますか？	ない	・	時々ある	・	ある（	）

その他、申し出ておきたいことがございましたら自由にご記入下さい。

ご協力いただきありがとうございました。