

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(担当ケアマネジャー) | |
| (事業者名) | |
| (住所) | 〒 |
| (電話番号) | |
| (記入者氏名) | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------|----------------------|------|----------|-------------------------|-----------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 記入年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 入 所 希 望 者 の 状 況 | 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。 | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴, 現病歴及び現在服用している薬。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所についての本人及び家族の意思, 現在の生活状況で特筆すべきこと。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| □ない □左上肢 □右上肢 □左下肢 □右下肢 □その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 関節の動く範囲の制限の有無について | | | | | | | | | | | | | | |
| □ない □肩関節 □肘関節 □股関節 □膝関節 □足関節 □その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 起き上がりについて | | | | | | | | | | | | | | |
| □つかまらないでできる □何かにつかまればできる □できない | | | | | | | | | | | | | | |
| 両足での立位保持について | | | | | | | | | | | | | | |
| □支えなしでできる □何か支えがあればできる □できない | | | | | | | | | | | | | | |

| | 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) 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() | |
| 入所 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 | |
| 希望 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 | |
| の 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 | |
| 況 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 <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。