

長期入所申込 介護支援専門員等記入用紙(与謝郡福祉会)

ふりがな 利用希望者氏名		介護保険 被保険者番号												
		保険者												
要介護度		1・2・3・4・5		認定期間		年 月 日		～		年 月 日				
日常生活 自立度	障害	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2												
	認知	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												
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ												
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭												
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助												
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 福祉用具の使用 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車等 <input type="checkbox"/> 車椅子												
	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"/> 見えているか不明												
	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"/> 聞こえているか不明												
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位: )												
	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												
	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"/> 話せない <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( )												
	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												
	認知症 の 状 況 と し て の 行 動 障 害	主な症状	有 無		備 考									
		被害的妄想がある	なし	ある										
		色々なものを集める	なし	ある										
		幻視・幻聴がある	なし	ある										
感情が不安定である		なし	ある											
昼と夜が逆転する		なし	ある											
暴言暴行など介護に抵抗がある		なし	ある											
ものや衣類を壊す		なし	ある											
不潔行為がある		なし	ある											
大声を出す		なし	ある											
異食がある		なし	ある											
徘徊がある		なし	ある											
自傷行為がある	なし	ある												
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)	親族図													
特記														

医療機関			既往歴	現病歴	
主治医					
服薬等			※ 発症年月日をご記入ください		
医療的処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> ストマの処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 自己注射 その他( )				
	感染症の有無 なし・あり( )				
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 _____ 所在地 _____ 入所又は入院期間 平成 年 月 日から _____ <input type="checkbox"/> 他施設・医療機関から引き続きの場合 【機関名: _____】 <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 _____ % <input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) 【事業所名: _____ /利用頻度: _____】 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 【事業所名: _____ /利用頻度: _____】 <input type="checkbox"/> 短期入所介護(ショートステイ) 【事業所名: _____ /利用頻度: _____】 <input type="checkbox"/> 訪問看護 【事業所名: _____ /利用頻度: _____】 <input type="checkbox"/> その他利用 【事業所名: _____ /利用頻度: _____】				
	●主な介護者氏名 _____ ●年齢: _____ 歳 ●続柄: _____ <input type="checkbox"/> 身内はあるが絶縁状態又は介護放棄などで、介護者が不在又は必要な介護が受けられない <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気・障害などにより、必要な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているので、必要な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者が子育てや看病に当らなければならないので、必要な介護ができない <input type="checkbox"/> 独居で、別居している親族が介護している <input type="checkbox"/> キーパーソン以外の協力者がいない <input type="checkbox"/> 上記以外に、考慮すべき事情があればご記入ください( ) 備 考 _____				
在宅 生活 の 支 障 環 境 あ る 状 況 及 び	<input type="checkbox"/> 生命に危険が伴うような放任や虐待がある <input type="checkbox"/> 住居環境(立地条件を含む)が不適切で改善不能であり、必要な介護が受けられない <input type="checkbox"/> 継続的な医療処置を介護者が担っている <input type="checkbox"/> 介護者に対する暴言や暴力が継続している <input type="checkbox"/> 世帯内に複数の介護者がいる <input type="checkbox"/> 介護者と本人の関係が悪く、必要な介護が受けられない <input type="checkbox"/> 近隣者との関係で日常生活の継続が困難である <input type="checkbox"/> 本人の介護拒否があり、自宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 経済面で在宅での介護が困難である <input type="checkbox"/> 本人は独居を望むが、危険性が強く、かつそれに代わる方法がない				
	担当ケアマネからの意見・その他 _____				
本用紙 記入者	事業所・病院名			所在地	
	所属・職種			連絡先	( )
平成 年 月 日					
本用紙記入者氏名 _____					