

入所希望者調書(1)

受付年月日 令和 年 月 日

希望者氏名 _____

調書作成担当者 生活相談員

項目	利用者の状況			
要介護度	(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	認知症度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
家族状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居〔構成: _____〕 <input type="checkbox"/> 介護保険施設・病院等に入所 <input type="checkbox"/> その他〔 _____〕			
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助〔食事内容 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ミキサー等 <input type="checkbox"/> 経管等〕		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助〔オムツの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時〕		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	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 〔歩行状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 補助具使用 <input type="checkbox"/> 歩行介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり〕		
	視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 不可		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		
認知状況	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし(物忘れ等はあるが日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している) <input type="checkbox"/> 物忘れや行動につじつまが合わないことがあるが、何らかの支援があれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 道に迷う、買い物や金銭管理ができない、電話や客の対応など一人で留守番ができない状態。 <input type="checkbox"/> 着替え・食事・排泄といった日常生活が上手にできない。意思疎通が困難。			
介護者状況	<input type="checkbox"/> 介護者なし <input type="checkbox"/> 介護者がおり、ほぼ常時介護可能 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、高齢・傷害等の理由により常時介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、遠距離在住等別居状態にあり十分な介護不可 <input type="checkbox"/> 介護者はいるが、就業等の理由により十分な介護不可 <input type="checkbox"/> 虐待等が疑われる <input type="checkbox"/> その他〔 _____〕			
	主介護者		関係	
医療等の状況	問題行動	<input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他〔 _____〕		
	医学的措置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養等 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストマ処置 <input type="checkbox"/> その他〔 _____〕		
	基礎疾患			
特例入所該当要件 要介護1・2	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できずかつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分。			
その他特記事項				