

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) 印																
		(住所) 〒																
		(電話番号)																
記入年月日		令和		年		月		日		(記入者氏名)								
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	H・R		年		月		日		～	H・R		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																		

	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 <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。