**1．入所対象者の方についてお聞きします**（該当する箇所に○印等を記入願います）

○記入日：平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　○入所対象者名：

**１.**　施設入所を希望（理解）していますか？

　　（　している　　・　　していない　　・　　その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**２.**　かかりつけ医はいますか？

　　（　いる　→　病院名：　　　　　　　　　　　　　　通院頻度：　　　　　　　　・　　いない　）

✻持病・既往症はありますか？あてはまるもの全てに○をつけ、特記事項があればご記入願います。

　　高血圧　・　糖尿病　・　骨粗しょう症　・　気管支喘息　・　白内障　・　緑内障　　・　心不全

　　狭心症　・　脳出血　・　脳梗塞　　　　・　カテーテル　・　ストマ　・　在宅酸素

　　インシュリン注　・　その他：

**３.**　医師から認知症があると言われた（診断された）ことはありますか？

　　（　ある［下記のご記入をお願いします］　　・　　ない　）

✻次にあげるような認知症の症状はありますか？あてはまるもの全てに○をつけてください。

○記憶力の低下 　　　　　 　**火の不始末**　　　　　　・　　ひどい物忘れがある

　　　　　 しつこく同じ話をする　　・　　妄想・作話

○理解・判断力の低下　　　　 （ **異食行動**　　　　　　　・　　話がまとまらず会話にならない ）

○見当識障害　　　　　　　　時間や場所、人など現在の状況が分からない

自分勝手に行動する　　　・　　失禁

○興奮・粗暴　　　　　　　　　　**暴言暴行**・　　**介護に抵抗する**

**大声を出す**・　　物や衣類を壊したり破いたりする

○不安・焦燥　　　　　　　　　　**徘徊**・　　**外出して戻れなくなる**

**不潔行為**・**外に出たがり目が離せない**

感情の不安定　　　　　　・　　家に帰るなど落ち着きが無い

色々な物を集めたり、無断で持ってくる

○昼夜逆転・せん妄等　　　　　　**夜中に起きだし、ごそごそと動きまわったりする**

　　幻覚・幻聴　　　　　　　・　　独り言や一人笑いをする

✻頻度はどのくらいですか？　（　月１～３回　　・　　週１～３回　　・　　ほぼ毎日　）

**４.**身体状況ついて

　ⅰ．食事について

✻食事はどうされていますか？

（　自分で食べている　・　様子を見て介助している　・　介助している　・　経鼻胃管　・　胃ろう　）

✻食べている内容

　　・主食　　（　　ご飯　　・　　おかゆ　　）

・副食　　（　　そのまま　　・　　キザミ　　・　　ミキサー　　）

✻食事用具　（　　はし　　・　　スプーン　　・　　その他：　　　　　　　　　　　　　　　）

　ⅱ．排泄について

✻トイレはどのように済ませていますか？

　　・日中　（　自分でできる　・　リハビリパンツ　・　オムツ　・　その他：　　　　　　　　　　）

　　　　→　ポータブルトイレの使用　（　使用している　　・　　使用していない　　）

・夜間　（　自分でできる　・　リハビリパンツ　・　オムツ　・　その他：　　　　　　　　　　）

　　　　→　ポータブルトイレの使用　（　使用している　　・　　使用していない　　）

　　✻尿意・便意はありますか？　（　ある　　・　　時々ある　　・　　ない　）

|  |
| --- |
| ⅲ．寝返りはできますか？ |

（　できる　・　　できない　）

|  |
| --- |
| ⅳ．イスに座れますか？ |

（　座れる　・　　背もたれがあれば座れる　　・　　座れない　）

|  |
| --- |
| ⅴ．立ち上がれますか？ |

　　（　できる　・　　支えがあればできる　　　　・　　できない　）

|  |
| --- |
| ⅵ．歩行について |

　✻歩けますか？　（　歩ける　　・　　介助すれば歩ける　　・　　歩けない　）

　✻歩行補助用具を使用していますか？

　　（　杖　・　シルバーカー　・　歩行器　・　車イス［自分で］　・　車イス［介助で］　）

　ⅶ．入浴はどうされていますか？

　　　一人で入っている　　・　　様子を見て介助している　　　　　・　　介助している

居宅サービス利用時に入浴している［サービス利用時に入浴］　・　　その他：

　ⅷ．着替えについて

　（　自分でできる　・　用意すればできる　・　様子を見て介助している　・　介助している　）

ⅸ．視力について

　（　日常生活に支障はない　　・　　あまり見えない　　　・　　失明している　）

　　→　メガネの使用　（　使用している　　・　　使用していない　）

　ⅹ．聴力について

　（　日常生活に支障はない　　・　　あまり聞こえない　　・　　聞こえない　）

　　→　補聴器の使用　（　使用している　　・　　使用していない　）

　ⅺ．日中はどのように過ごしていますか？

　　　好きなことをして過ごしている　　　ぼんやりしていることが多い　　　寝ていることが多い

　　その他：

**５.　現在居宅サービスを利用されていますか？**

（　はい　［下記のご記入をお願いします］　　・　　いいえ　）

✻どんなサービスを利用していますか？あてはまるもの全てに○をつけてください。

　　①ホームヘルプ　・　②訪問入浴　・　③訪問リハビリ　　・　④訪問看護　　・　⑤デイサービス

　　⑥デイケア（通所リハビリ）　　　・　⑦ショートステイ　・　⑧その他：

✻ご利用状況（番号・回数）をご記入ください。

・No．　　　　　　　　　月 　・　 週　 　　　　　　　回

・No．　　　　　　　　　月　 ・　 週　 　　　　　　　回

　✻直近の単位数：　　　　 　　　　 ⁄ 　 　　　　　　 　単位

**６.**　 現在介護保険施設や病院へ入所（院）していますか？

・している　　→　退所（院）を求められていますか？（　求められている　･　求められていない　）

・していない

**７.**年金等の収入はございますか？

・ある　→　○年収：　　　　　円　○内容：国民年金・厚生（共済）年金・その他［　　　　　　　］

・ない

　　✻収入がない場合もしくは収入が少ない場合、ご家族からの支援は可能ですか？

　　　（　　支援可能　　・　　難しい　　）

**８.**家族構成を教えてください。

（　一人暮らし　・　夫婦二人暮らし　・　家族と同居［構成：　　　　　　　　　　　　　　　　］　）

**2．介護を行なっている方についてお聞きします**（該当する箇所に○印等必要事項を記入願います）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※主たる介護者に◎をつけて下さい**  介護者について |  | 生年月日 | | (年齢) | | 続柄 | 同居の有無 | | 仕事の有無 |
|  | 大正・昭和・平成  年　　月　　日 | | | (　　) |  | 同居・別居 | | 常勤 ・ パート ・ 無 |
| 職場 |
|  | 大正・昭和・平成  年　　月　　日 | | | (　　) |  | 同居・別居 | | 常勤 ・ パート ・ 無 |
| 職場 |
|  | 大正・昭和・平成  年　　月　　日 | | | (　　) |  | 同居・別居 | | 常勤 ・ パート ・ 無 |
| 職場 |
|  | 大正・昭和・平成  年　　月　　日 | | | (　　) |  | 同居・別居 | | 常勤 ・ パート ・無 |
| 職場 |
| **主たる介護者の状況** | ○障害はありますか？　（　ある　・　ない　） | | | | | | | | |
| 障害名 | | 身障手帳（　あり　・　なし　）  1級 ･ 2級 ･ 3級4級 ･ 5級 ･ 6級 | | | | | 療育手帳（ あり ・ なし ）  A(重度)　・　B(中・軽度) | |
| ○持病や既往症をお持ちですか？　（　ある　・　ない　） | | | | | | | | |
| 病名・既往症名ほか特記事項 | | | | | | | | |
| ○要支援・要介護認定を受けていますか？　（　受けている　・　受けていない　） | | | | | | | | |
| ○要支援　1　・　2　　○要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5 | | | | | | | | |
| ○複数人の介護や育児を行っていますか？　（　している　・　していない　） | | | | | | | | |
| どなたの介護・育児をしていますか？ | | | | | | | | |
| ○居住環境の事情で介護が難しい状況はありますか？　（　ある　・　ない　） | | | | | | | | |
| 具内的状況をご記入下さい。※記入例：借家、廊下幅が狭い、段差があるなど | | | | | | | | |
| 入所意思 | ○今すぐの入所をご希望ですか？　（　早急に　・　半年以内　・　１年以内　・　順位到来時　） | | | | | | | | |
| 希望居室 | ○どちらの居室への入所を希望されますか？  （　　 ユニット型個室　 　・　　　従来型個室　　　・　　　多床室 　 ） | | | | | | | | |

**９.**入所対象者の方についてお困りのことは何ですか？自由にお書きください。