

1. 入所対象者の方についてお聞きします（該当する箇所には○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. 身体状況について

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（該当する箇所には○印等必要事項を記入願います）

介護者について	ふりがな 氏名	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。