



介護サービス利用状況	サービスの種類（デイ・訪問看護など）		1ヶ月の利用回数	事業所名
	担当ケアマネジャー：事業所（ ）氏名（ ）			
他入所施設への申込み：有（ ） ・ 無				
本人様の身体状況 ・ 介護状況  *必須	麻痺	あり（部位： ） ・ なし		
	食事	介助の有無： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の内容： 普通食 ・ 粥 ・ きざみ ・ ムース・ミキサー食 ・ 流動食 ・ 経管栄養		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （トイレ使用： 有 ・ 無、布パンツ・リハビリパンツ・オムツ・Pトイレ）		
	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 車椅子[自操：可能・不可能] ・ 杖 ・ 歩行器 ・ リクライニング ・ その他		
	視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある（程度： ） <input type="checkbox"/> 支障はない		
	聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある（程度： ） <input type="checkbox"/> 支障はない		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや困難（ ） <input type="checkbox"/> 困難（ ）		
	認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *あてはまる番号すべてに○をつけて下さい。 1. 記憶力の低下（直前の記憶がなく、同じことを繰り返し何度も聞く） 2. 理解・判断力の低下（言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問に答えるのが難しいことがある） 3. 時間・場所・人の認識障害（季節や時間や場所、今一緒にいる人がわからない） 4. 昼夜逆転（昼間に寝て夜になると起きる、夜間見守りの必要がある） 5. 常時徘徊（あてもなく歩きまわる、突然いなくなる危険がある） 6. 幻覚、妄想（実際にはないことを訴える、見えないものと会話している） 7. 収集癖（物を集めたり、持ってきたりしてしまうことがある） 8. その他（ ）		
医療行為	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 内服薬のみの治療 <input type="checkbox"/> 有 *現在受けているものに○をつけて下さい。 1. 経管栄養（鼻腔栄養） 2. 胃ろう 3. 尿カテーテル 4. インスリン注射 5. 在宅酸素 6. ペースメーカー 7. その他（ ）			
今すぐの入所を希望されますか？*必須		今すぐ希望 ・ 数ヶ月後 ・ 数年後		

ご本人の状況をより詳しく把握するため、施設が必要な場合は、関係各所に利用状況等の情報を提供していただいてもよろしいでしょうか。また、「指定介護老人福祉施設入所指針」に基づき、県や市による介護保険施設入所希望者調査へ個人情報を利用することがあります。よろしければ、下記に署名をお願いします。

本人氏名 \_\_\_\_\_

代筆者氏名 \_\_\_\_\_

※申込書のお預かりの期間は受付日より**5年間**と致します。お申し込み後に、ご本人の状況（要介護度や心身の状況等）及び介護をしている方の連絡先や状況などに変化があった場合は、速やかに施設にご連絡くださいますようお願い致します。