

入所申 込理由	<input type="checkbox"/> 扶養義務者等がおらず、介護するものがない	
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護している者が就労していることから、十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護している者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 介護する者が、遠方に居住していることにより十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難	
	<input type="checkbox"/> その他()	
利 用 者 状 況	移動	自立・見守り・一部介助・全介助・その他() [独歩・伝い歩き・手引き・杖・歩行器・手押し車]
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他()
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助・その他()
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・その他()
	着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助・その他()
	視覚	見える・やや見えにくい・見えにくい・見えない・その他()
	聴覚	聴こえる・やや聴こえにくい・聴こえにくい・聴こえない・その他()
	意思疎通	通じる・ある程度通じる・殆ど通じない・その他()
	▲日常生活自立度 あてはまると思われる項目に○印をしてください	
	①認知症は認められない	
	②何らかの認知症状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	
	③これまでにできていたこと(買い物、金銭管理)にミスが多く目立ち、留守番、電話対応、服薬管理ができない	
	④着替え・食事・排泄が一人で上手にできず、徘徊・失禁などの問題行動もあり一時も目が離せない状況である	
	⑤④と同様で常に目が離せない、または問題行動も④より頻回である	
	⑥せん妄・妄想・興奮・自傷・他害などの精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態である	
	▲問題行動【1ない・2時々ある・3常時ある】 当てはまる番号に○印をしてください	
	①物を盗られたなど被害的になることがある	1・2・3
②作話をし、不特定多数に言いふらすことがある	1・2・3	
③幻聴・妄想などがある	1・2・3	
④泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることがある	1・2・3	
⑤夜間不眠あるいは昼夜逆転がある	1・2・3	
⑥昼夜問わず大声を出す	1・2・3	
⑦暴言や暴力がある	1・2・3	
⑧介護者に抵抗することがある	1・2・3	
⑨目的もなく動きまわる	1・2・3	
⑩外出すると一人で戻れなくなる	1・2・3	
⑪一人で外に出たがり、目が離せない	1・2・3	

	⑫火の不始末や火元の管理ができない	1・2・3
	⑬不潔行為を行うことがある	1・2・3
	⑭食べられないものを口に入れることがある	1・2・3
	主介護者の状況 介護者氏名 介護に費やす時間 約 時間 / 日 介護協力者氏名 介護協力者が介護に費やす時間 約 時間 / 日	
サービス 利用 状況	<input type="checkbox"/> 内に印・回数をご記入ください ※現在、入院・入所中の方は空白で結構です	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) 時間/日 回/月	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ 回/月
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/月	<input type="checkbox"/> 短期入所(特養) 回/月
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/月	<input type="checkbox"/> 短期入所(老健) 回/月
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 回/月	<input type="checkbox"/> 短期入所(療養型) 回/月
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 回/月	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 品目
	<input type="checkbox"/> 住宅改修 有/無	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 回/月	
その他	他施設への申込状況(予定を含む)	
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
	同意欄	入所判定の際、本書類記載の内容の確認や介護状況の把握のため、居宅及び 利用中の施設等の介護支援専門員に問い合わせを行うこと、または氏名・生年月 日・住所・介護保険被保険者番号を施設から市町村に情報提供することに同意し ます。 平成 年 月 日 氏名 印
入所申込理由		
特記事項		

※ 利用者の状況・特記事項欄はご担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)の方に
 相談の上ご記入頂くか、もしくは直接、介護支援専門員に記入いただかれますよう
 よろしくごお願い致します。