

No.1

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)

入所希望者についての意見書

(事業者名)

(住所) 〒

(電話番号)

特別養護老人ホーム 輝き

(記入者氏名)

記入年月日 令和 年 月 日

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	令和 年 月 日 ~			令和 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"/> つかまらないうでできる <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	
□歩行 (□独歩 □杖歩行 □シルバーカー □歩行器)	
□車椅子 (□自立 □見守り □一部介助 □全介助)	
□ストレッチャー □その他( )	
移乗について	
□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
立ち上がりについて	
□つかまらないでできる □何かにつかまればできる □できない	
食事摂取について:入歯の有無 □有 □無	
□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □胃ろう □経鼻栄養	
※主食 □普通食 □軟食 □ミキサー □その他( )	
※副食物 □普通 □きざみ □ミキサー □その他( )	
入浴について:頻度 □毎日 □2~3日に1度 □その他( )	
□普通浴槽 □特殊浴槽( ) □その他( )	
□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
排尿について	
□トイレ □ポータブルトイレ □尿器 □特殊パンツ □オムツ	
□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
排便について	
□トイレ □ポータブルトイレ □差込便器 □特殊パンツ □オムツ	
□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
衣服の着脱について	
□自立 □見守り □一部介助 □全介助	
金銭の管理について	
□自立 □一部介助 □全介助	
日常の意思決定について	
□できる □特別な場合を除いてできる □日常的に困難 □できない	
視力について:眼鏡の有無 □有 □無 □その他( )	
□日常生活に支障がない □近距離であれば見える □ほとんど見えない	
聴力について:補聴器の有無 □有 □無 □その他( )	
□日常生活に支障がない □大きな声なら聞き取れる □ほとんど聞こえない	
意思の伝達について	
□できる □時々できる □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。