

社会福祉法人北信福祉会 ハッピー愛ランドあだち  
個別状況調査票

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 入居希望者氏名 |  | 作成事業所名 |  |
| 家族氏名    |  | 記入担当者名 |  |
| 続柄      |  | 事業所連絡先 |  |

※該当するものにレ印の上、その状況をご記入下さい。

|                             |   |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|
| 現在の居所                       | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている（誰と?: )<br><input type="checkbox"/> 老健・サ高住などの施設へ入所、または病院に入院している<br>施設又は病院名 ( )<br>施設等へ入所又は入院した時期（昭和・平成・令和 年 月 日から）  |  |  |
| 入居希望の背景理由<br>(該当するものを全てを選択) | <input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯であり介護する者がいないため<br><input type="checkbox"/> 介護する者が「障害」、「病気」、「高齢」等により介護することが困難なため ①<br><input type="checkbox"/> 介護する者が複数の家族の介護をしているため ②<br><input type="checkbox"/> 介護する者が育児や家族の看病をおこなっているため ③<br><input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため ④<br><input type="checkbox"/> 同居の家族からの協力が無い（もしくは協力者がいない） ⑤<br><input type="checkbox"/> 別居の家族からの協力が無い（もしくは協力者がいない） ⑥<br><input type="checkbox"/> 居住環境等の事情により、十分な介護をすることが困難なため ⑦<br><input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |
| 医療に関する状況                    | (特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法<br><input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル留置<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |  |
|                             | (現病歴及び既往歴) ※発症時期が分かるものは年月も記入  |  | <b>主治医</b><br>病院名・科目名<br><br>主治医名                          |
|                             |   |  |  |
| 認知症の状況と頻度                   | 認知症高齢者の日常生活自立度  | 障害高齢者の日常生活自立度  | ※認定資料等より転記下さい  |
|                             | <input type="checkbox"/> 該当なし<br><input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為<br><input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |  |
|                             | <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度  |  |  |
| 介護に関する状況                    | 食事摂取・飲水   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|                             | 排尿  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|                             | 排便  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|                             | 入浴  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|                             | 歩行  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|                             | 衣服着脱  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り   | <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
|                             | 視力  | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない   |  |
|                             | 聴力  | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞えにくい <input type="checkbox"/> 全く聞えない   |  |
|                             | 意思の伝達   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない |  |
| 内服薬                         | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り  | <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助   |  |

※1：在宅サービスをご利用の方につきましては、直近のサービス利用票及び別表の写しを添付して下さい。

※2：認知症の状況並びに介護に関する状況につきましては、認定調査員テキストを参考にご記入下さい。