

特別養護老人ホーム 個別状況調査票
(仮称) ハッピー愛ランドたむら

入居希望者氏名		記入担当者名	
事業所名		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 <input type="checkbox"/> 老健・サ高住などの施設や病院に入居・入院している 施設又は病院名 (_____ に 平成・令和 ____ 年 ____ 月から)			
入居希望の背景理由 (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 <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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいない ⑤ <input type="checkbox"/> 別居以外の親族に協力者がいない ⑥ <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため ⑦ <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <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 <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 <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 <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ください。 主治医 病院・科目 _____ 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 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 週3~4回程 <input type="checkbox"/> 週1~2回程	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 週1~2回程 <input type="checkbox"/> 月数回程	※認定資料等より転記ください <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 月数回程 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想
日常生活・介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※むせり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※トロミ使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※食事形態 (_____)		
	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		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※移乗方法 (_____)		
	転倒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程 <input type="checkbox"/> 週1~2回程 <input type="checkbox"/> 月数回程		
	転落	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※頻度 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程 <input type="checkbox"/> 週1~2回程 <input type="checkbox"/> 月数回程		
	使用している福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> エアマット ※その他 (_____)		
	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"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <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。
 ※3: 要介護1及び2で申込まれる方は、【特例入所の要件に係る介護支援専門員意見書】を添付して下さい。