

社会福祉法人北信福祉会 特別養護老人ホーム
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?:) <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 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期（昭和・平成 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"/> 同居の家族からの協力が無い（もしくは協力者がいない） ⑤ <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 <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 <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 <hr/> <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		主治医 病院名・科目名 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 <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 <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 <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。