特別養護老人ホーム　個別状況調査票

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	□自宅で一人暮らしをしている　□自宅で家族と暮らしている □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 （該当するもの全てを選択）	□単身世帯、高齢者世帯であり介護する者がいないため □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 □介護する者が複数の家族の介護をしているため　② □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 □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 □同居親族に協力者がいない　⑤ □同居以外の親族に協力者がいない　⑥ □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 □施設や病院から退所（退院）を求められているため □その他（　　）
医療に関する状況	（特別な医療的対応）　□なし　□経管栄養　□胃ろう　□経鼻　□喀痰吸引 □在宅酸素療法　□インシュリン注射　□人工肛門　□カテーテル留置 □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　　障害高齢者の日常生活自立度　　※認定資料等より転記ください
	□該当なし　□徘　徊　□不潔行為　□不穏行動　□自傷行為 □暴力行為　□昼夜逆転　□異食行動　□火の不始末　□被害妄想 □その他（　　）
	□ほぼ毎日　□週 3～4 回程　□週 1～2 回程　□月数回程

日常生活・介護に関する状況	飲水食事摂取	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　※むせり　□あり　□なし ※トロミ使用　□あり　□なし　※食事形態（　　）
	排　尿	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	排　便	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	入　浴	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	歩　行	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	移　乗	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　※移乗方法（　　）
	転　倒	□なし　□あり　※頻度　□ほぼ毎日　□週 3～4 回程　□週 1～2 回程　□月数回程
	転　落	□なし　□あり　※頻度　□ほぼ毎日　□週 3～4 回程　□週 1～2 回程　□月数回程
	使用している福祉用具	□車いす　□エアマット ※その他（　　）
	衣服着脱	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	視　力	□普通　□やや見えにくい　□かなり見えにくい　□全く見えない
	聴　力	□普通　□やや聞えにくい　□かなり聞えにくい　□全く聞えない
	意思の伝達	□普通　□やや伝えにくい　□かなり伝えにくい　□全く伝えられない
	内服薬	□なし　□あり→　□自立　□見守り　□一部介助　□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。