

入所申込者状況票

令和 年 月 日作成
作成者()

ふりがな				性別	男・女	現在状況	
本人氏名				年齢	歳		入所・入院・在宅 ()
				生年月日		M・T・S	年 月 日
保険関係	居宅介護支援事業所				ケアマネジャー		
	要介護度				健康保険	国保・社保・後期高齢者	
	身障手帳	有・無			重度医療	有・無	
医療・健康面	通院中の病院名	() ()					
	既往歴	傷病名	発症時期		医療機関名・診療科目等		
			S・H・R 年 月 日				
			S・H・R 年 月 日				
			S・H・R 年 月 日				
			S・H・R 年 月 日				
			S・H・R 年 月 日				
	内服薬(現在通院している病院のもの)						
	特別な医療	<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"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> その他()					
	皮膚疾患	有・無 ()					
感染症	有・無 ()						
アレルギー	有・無 ()						
身体状況	身長	cm	体重	kg(令和 年 月 日現在)			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 右上肢(程度：□軽□中□重)			拘縮	・部位()	
		<input type="checkbox"/> 左上肢(程度：□軽□中□重)				程度：□軽□中□重	
		<input type="checkbox"/> 右下肢(程度：□軽□中□重)				・部位()	
		<input type="checkbox"/> 左下肢(程度：□軽□中□重)				程度：□軽□中□重	
		<input type="checkbox"/> その他(部位： 程度：□軽□中□重)					
	移乗	自立・一部介助・全介助		移動	自立・杖・歩行器・車椅子・リクライニング		
	食事	自立・一部介助・全介助 (はし・スプーン)					
	食事形態	普通食・きざみ食・ミキサー食・流動食・経管栄養(鼻腔・胃ろう)					
	入浴	普通浴・特浴 (自立・一部介助・全介助)					
衣服着脱	自立・一部介助・全介助 ()						
排泄動作	自立・一部介助・全介助 ()						
排泄方法	トイレ・ポータブルトイレ・リハビリパンツ・パット・オムツ						

	視力	普通・弱視 (眼鏡 : 有 ・ 無)
	聴力	普通・難聴 (補聴器 : 有 ・ 無)
精神状況	(1) 日常生活における自立度	
	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
	(2) 認知症の中核症状	
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
	日常の意思決定を行う為の認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
	意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求のみ <input type="checkbox"/> 伝えられない
	(3) 認知症の周辺症状(該当する項目の全てにチェック)	
	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()	
	(4) 対人関係	
<input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協力的		
(5) その他の精神・神経症状		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (症状名:)		
その他	(1)サービス利用状況: 事業所名、1ヶ月または1週間の利用回数(利用期間)を記入。	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ()	<input type="checkbox"/> 短期入所 ()
	<input type="checkbox"/> デイサービス ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> デイケア ()	
(2)特記事項: 家族状況、今後の方向性等についてご記入下さい。		