

入所申込に係る情報提供票

入所申込者氏名 \_\_\_\_\_ 様

1. 入所申込者の状況

要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 暫定（要介護度： ） ➡ 認定調査日 令和 年 月 日					
認知症高齢者日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
生活状況	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> つたい歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> スタンダード車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 転倒・転落リスク <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 留意点：		
	移乗	<input type="checkbox"/> 麻痺なし <input type="checkbox"/> 麻痺有り（部位： ） <input type="checkbox"/> 補助具なし <input type="checkbox"/> 補助具あり（L字バー等） センサー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種類： ）			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 留意点：		
	食事	主食 <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 経管栄養 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー 水分 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ（薄・中・濃） 摂取量 <input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 1/2量 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> ほぼ未摂取			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり 食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） 留意点：		
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿・便器 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 留意点：		
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴			<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 留意点：		
	特事項						
	身体・精神状況	身長	c m	体重	k g	※身長・体重が不明な場合は、推測で構いません	
視力		<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない			眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
聴力		<input type="checkbox"/> 聴こえる <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない			補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（左・右・その他）	
発語		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不自由（不明瞭） <input type="checkbox"/> 不自由					
会話		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 簡単な会話は可 <input type="checkbox"/> あまりできない <input type="checkbox"/> 全くできない					
理解力		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 概ね理解できる <input type="checkbox"/> あまり理解できない <input type="checkbox"/> 理解できない					
精神状態		<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定（ ）					
特事項							
医療・健康状態	現疾患						
	既往歴						
	認知症	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		主な症状			
		BPSD	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 興奮大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他）				
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 不明		褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（部位： ）		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 不明		湿疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ➡ 処置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	睡眠状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ➡ 眠剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		便秘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ➡ 内服 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	特別な処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
特事項							

2. 介護者等の状況

世帯構成	<input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他					
主たる介護者の状況	氏名		本人との関係		年齢	歳
	住所				電話	
	状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 障害がある				
	仕事	<input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 専業主婦（主夫） <input type="checkbox"/> 育児・介護等休養中 <input type="checkbox"/> 働いていない				
	関係性	<input type="checkbox"/> 本人との関係は良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> その他				
	関与	<input type="checkbox"/> 積極的に介護 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 介護拒否				
	負担感	<input type="checkbox"/> 限界を超えている <input type="checkbox"/> 負担が大きい <input type="checkbox"/> 多少負担がある <input type="checkbox"/> 負担は少ない				
	特記事項					
同居家族の状況	関係図				状況	<input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 病気がある者 <input type="checkbox"/> 障害がある者 <input type="checkbox"/> 育児している者 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	介護協力の有無等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（本人との関係： ） ※有の場合 ➡ <input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 消極的				
	特記事項					
別居家族の状況	介護協力の有無等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（本人との関係： ） ※有の場合 ➡ <input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 消極的				
	特記事項					
介護による経済的な負担	<input type="checkbox"/> 軽い（普通） <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> 非常に重い					
居住環境	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 非常に問題がある <input type="checkbox"/> 住居なし					
	特記事項					

3. 在宅サービスの利用率

利用率	<input type="checkbox"/> 20%未満 <input type="checkbox"/> 20%～40%未満 <input type="checkbox"/> 40%～60%未満 <input type="checkbox"/> 60%～80%未満 <input type="checkbox"/> 80%以上
-----	--

※直近3ヵ月において在宅サービス利用がない場合、もしくは状況に変化がある場合は、推測の利用率をご記入ください。

4. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）入所の必要性などの意見

上記について、情報提供いたします。

令和 年 月 日

介護支援専門員等氏名

(所属事業所名 )