

長期入所申込 介護支援専門員等記入用紙「社会福祉法人 北星会」

フリガナ 利用希望者氏名		介護保険 被保険者番号																
		保険者																
要介護度		1・2・3・4・5		認定期間		年 月 日		～		年 月 日								
日常生活 自立度	障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2																
	認知	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M																
身体 の 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養【 】 自助具の有無 有・無																
		[主 食] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()																
		[副 食] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ食 <input type="checkbox"/> その他 ()																
	【特記】																	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																
		排泄方法： <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ																
		排泄方法： <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ																
	【特記】																	
	入浴	入浴状況： <input type="checkbox"/> 自宅で入浴 <input type="checkbox"/> サービスを利用しての入浴 <input type="checkbox"/> 入浴していない（いつ頃から）																
		入浴方法： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																
【特記】																		
更衣	着脱： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・指示 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																	
移動	福祉用具の使用： <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器等 <input type="checkbox"/> 車いす（標準型・チルト式・フルリクライニング車）																	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																	
【特記】																		
視力	メガネの使用： 有・無 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが見える程度 <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 判断不能																	
【備考】																		
聴力	補聴器の使用： 有・無 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大きな声が聞こえる <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 判断不能																	
【備考】																		
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢																	
意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 限られたことならできる <input type="checkbox"/> できない																	
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 話せない																	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 口頭による <input type="checkbox"/> 筆談等による <input type="checkbox"/> 手話等による <input type="checkbox"/> その他 ()																	
指示への反応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しできる <input type="checkbox"/> できない																	
問 題 行 動	主な症状		頻 度（あるにチェックを入れた場合、特記に詳しく記入してください。）															
	被害妄想がある		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	いろいろな物を集める		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	幻視・幻聴がある		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	感情が不安定である		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	昼と夜が逆転する		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	暴言暴行など介護抵抗がある		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	ものや衣類を壊す		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	不潔行為がある		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	大声を出す		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
	異食がある。		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：														
徘徊がある		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：															
自傷行為がある。		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある：															
その他（問題行動について特筆すべき内容や具体的な症状などについて記入してください）																		
特 記															【親族図】			

医療機関 主治医		【既往歴】	【現病歴】																				
内服薬		※既往歴・現病歴について発症年月日を記入してください																					
医療的処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸瘻） <input type="checkbox"/> ストマの処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 （ ）	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他																				
現在 利用 している サービス	<input type="checkbox"/> 施設に入所（入居・入院）している。 施設名又は病院名： _____ 所在地： _____ 入所または入院期間：平成 ____年 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 在宅でのサービスを利用している。（在宅サービスの利用率 _____%） <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問介護（ヘルパー）</td> <td>【事業所名： _____</td> <td>／利用頻度 _____</td> <td>】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>通所介護（デイサービス）</td> <td>【事業所名： _____</td> <td>／利用頻度 _____</td> <td>】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>短期入所生活介護（ショート）</td> <td>【事業所名： _____</td> <td>／利用頻度 _____</td> <td>】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問看護</td> <td>【事業所名： _____</td> <td>／利用頻度 _____</td> <td>】</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他</td> <td>【事業所名： _____</td> <td>／利用頻度 _____</td> <td>】</td> </tr> </table> 【補足】※複数事業所を利用されている場合で上記に書ききれない場合に記入してください。			<input type="checkbox"/> 訪問介護（ヘルパー）	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】	<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショート）	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】	<input type="checkbox"/> 訪問看護	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】	<input type="checkbox"/> その他	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】
<input type="checkbox"/> 訪問介護（ヘルパー）	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】																				
<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】																				
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショート）	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】																				
<input type="checkbox"/> 訪問看護	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】																				
<input type="checkbox"/> その他	【事業所名： _____	／利用頻度 _____	】																				
主たる 介護者 の 状況	主な介護者氏名： _____ 年齢 ____歳 続柄 _____ <input type="checkbox"/> 身内はあるが絶縁状態または、介護放棄などで、介護者が不在または必要な介護が受けられない。 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気・障害などにより、必要な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しており必要な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 介護者が育児や看病に当たらずにはならないので必要な介護ができない。 <input type="checkbox"/> 独居で、別居している親族が介護している。 <input type="checkbox"/> キーパーソン以外の協力者がいない ----- <input type="checkbox"/> 上記以外で考慮すべき事情があれば記入してください。																						
在宅 生活 の 支障 がある 状況 及び 住環境	<input type="checkbox"/> 生命に危険が伴うような放任や虐待がある。 <input type="checkbox"/> 住環境（立地条件を含む）が不適切で改善不能であり、必要な介護が受けられない。 <input type="checkbox"/> 継続的な医療処置を介護者が担っている。 <input type="checkbox"/> 世帯内に複数の養介護者がいる。 <input type="checkbox"/> 介護者と本人の関係が悪く、必要な介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 近隣者との関係で日常生活の継続が困難である。 <input type="checkbox"/> 本人の介護拒否があり、自宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 経済面で在宅での介護が困難である。 <input type="checkbox"/> 本人は在宅生活を望むが、危険性が強くかつそれに代わる方法がない ----- <input type="checkbox"/> 上記以外で考慮すべき事情があれば記入してください。																						
特例 入所 の 要件	※介護保険法に定める認定審査会において、要介護1又は要介護2の認定を受けた方のみ記入してください <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志の疎通の困難さが頻繁にみられること。 <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志の疎通の困難さが頻繁にみられること。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。 ----- <input type="checkbox"/> 上記以外で考慮すべき事情があれば記入してください。																						
担当ケアマネからの意見・その他																							
用紙記入者	事業所・病院名		所在地																				
	所属・職種		連絡先																				
作成年月日			作成者氏名																				