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		
		生年月日	年　月　日	
		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	□正常　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2		
	認知	□正常　□I　□IIa　□IIb　□IIIa　□IIIb　□IV　□M		
身体の状況	食事	▫自立　▫一部介助　▫全介助　▫経管栄養【　　】	自助具の有無	有 ・ 無
		[主 食] □ 普 通 食　□ 粥　□ 全 粥　□ ミ キ サ ー　□ そ の 他（　　）		
		[副 食] □ 普 通 食　□ 一 口 大　□ 刻 み　□ ミ キ サ ー　□ ト ロ ミ 食　□ そ の 他（　　）		
		【特記】		
	排泄	▫自立　▫見守り　▫一部介助　▫全介助		
		排泄方法：　□オムツ　□紙パンツ　□布パンツ　□トイレ　□ポータブルトイレ		
		排泄方法：　□オムツ　□紙パンツ　□布パンツ　□トイレ　□ポータブルトイレ		
		【特記】		
	入浴	入浴状況：□自宅で入浴　□サービスを利用しての入浴　□入浴していない（いつ頃から　　）		
		入浴方法：□自立　□見守り　□一部介助　□全介助		
		【特記】		
	更衣	着脱：　□自立　□見守り・指示　□一部介助　□全介助		
	移動	福祉用具の使用：　▫独歩　▫杖　▫老人車　▫歩行器等　▫車いす（標準型・チルト式・フルリクライニング車）		
		▫自立　▫見守り　▫一部介助　▫全介助		
		【特記】		
	視力	メガネの使用：　有 ・ 無	▫普通　▫やや悪い　▫人の動きが見える程度　▫見えない　▫判断不能	
		【備考】		
	聴力	補聴器の使用：　有 ・ 無	▫普通　▫やや悪い　▫大きな声が聞こえる　▫見えない　▫判断不能	
		【備考】		
	麻痺	▫なし　▫右上肢　▫左上肢　▫右下肢　▫左下肢		
	意思伝達	□できる　□時々できる　□限られたことならできる　□できない		
	言語	□普通　□聞き取りにくい　□聞き取れない　□話せない		
	コミュニケーション	□口頭による　□筆談等による　□手話等による　□その他（　　）		
	指示への反応	□できる　□少しできる　□できない		

	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。）	
問題行動	被害妄想がある	▫　なし	▫ある：
	いろいろな物を集める	▫　なし	▫ある：
	幻視・幻聴がある	▫　なし	▫ある：
	感情が不安定である	▫　なし	▫ある：
	昼と夜が逆転する	▫　なし	▫ある：
	暴言暴行など介護抵抗がある	▫　なし	▫ある：
	ものや衣類を壊す	▫　なし	▫ある：
	不潔行為がある	▫　なし	▫ある：
	大声を出す	▫　なし	▫ある：
	異食がある。	▫　なし	▫ある：
	徘徊がある	▫　なし	▫ある：
	自傷行為がある。	▫　なし	▫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	▫経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸瘻）　▫酸素療法　▫中心静脈栄養　▫吸引　▫透析　▫導尿 ▫ストマの処置　▫褥瘡処置　▫留置カテーテル　▫気管切開の処置 ▫疼痛の看護　▫レスピレーター　▫自己注射　▫その他（　　） ※疼痛の看護とは…癌末期のペインコントロールに相当する程度で鎮痛薬の点滴や注射が行われていることをいう。		
現在利用しているサービス	▫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＿＿＿＿ □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＿＿＿＿%） □訪問介護（ヘルパー）　【事業所名：　　／利用頻度　　】 □通所介護（デイサービス）　【事業所名：　　／利用頻度　　】 □短期入所生活介護（ショート）　【事業所名：　　／利用頻度　　】 □訪問看護　【事業所名：　　／利用頻度　　】 □その他　【事業所名：　　／利用頻度　　】 【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。		

主たる介護者の状況	主な介護者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿＿歳　続柄＿＿＿＿＿＿＿＿ □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。 □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。 □介護者が就労しており必要な介護ができない。 □介護者が育児や看病に当たらなくてはならないので必要な介護ができない。 □独居で、別居している親族が介護している。 □キーパーソン以外の協力者がない □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	□生命に危険が伴うような放任や虐待がある。 □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。 □継続的な医療処置を介護者が担っている。 □世帯内に複数の要介護者がいる。 □介護者と本人の関係が悪く、必要な介護が困難である。 □近隣者との関係で日常生活の継続が困難である。 □本人の介護拒否があり、自宅での介護が困難である。 □経済面で在宅での介護が困難である。 □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 □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 □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。 □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。 □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。 □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	