

No.1

特別養護老人ホーム可部南静養園

入居希望者についての意見書

居宅介護支援事業所・施設・病院名(担当ケアマネージャー)

(事業者名)

(住 所) 〒

(電話番号)

記入年月日 令和 年 月 日

(記入者氏名)

印

入 居 者 の 状 況	ふりがな						生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)				
	氏 名						性 別	男 ・ 女				
	住 所	〒					電 話	() -				
	介護保険保険者						要介護状態区分等	要支援(1・2)、要介護(1・2・3・4・5)				
	保険者番号						被保険者番号					
	認定有効期限	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日										
	家 族 構 成	ふりがな 氏 名	本人との 関係	同居有無	連絡先	家族構成図						
	※主たる介護者の名前に○をしてください。											
	現在の生活状況で特記すべきこと。(住宅環境、医療・身体・精神的状況など介護困難な状況の要因を記入してください。)											
緊急性 ☐ 有 ☐ 無 虐待 ☐ 有 ☐ 無												
入居についての本人・家族の意思												
状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)							特 記 事 項					
麻痺等の有無について ☐ ない ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 ☐ その他												
関節の動く範囲の制限の有無について ☐ ない ☐ 肩関節 ☐ 肘関節 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 足関節 ☐ その他												
起き上がりについて ☐ つかまらないでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない												
両足での立位保持について ☐ 支えなしでできる ☐ 何か支えがあればできる ☐ できない												

入居希望者の状況	状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)	特記事項
	移動について ☐ 歩行 (☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器) ☐ 車椅子 (☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助) ☐ ストレッチャー ☐ その他()	
移乗について ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
立ち上がりについて ☐ つかまらないうでできる ☐ 何かにつかまればできる ☐ できない		
食事摂取について:入歯の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ※主食 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ ミキサー ☐ その他() ※副食物 ☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ その他()		
入浴について:頻度 ☐ 毎日 ☐ 2～3日に1度 ☐ その他()		
☐ 普通浴槽 ☐ 特殊浴槽() ☐ その他() ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
排尿について ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ 特殊パンツ ☐ オムツ ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
排便について ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 差込便器 ☐ 特殊パンツ ☐ オムツ ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
衣服の着脱について ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
金銭の管理について ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
日常の意思決定について ☐ できる ☐ 特別な場合を除いてできる ☐ 日常的に困難 ☐ できない		
視力について:眼鏡の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他() ☐ 日常生活に支障がない ☐ 近距離であれば見える ☐ ほとんど見えない		
聴力について:補聴器の有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他() ☐ 日常生活に支障がない ☐ 大きな声なら聞き取れる ☐ ほとんどきこえない		
意思の伝達について ☐ できる ☐ 時々できる ☐ できない		

入 居 希 望 者 の 状 況	状況調査(該当のものにチェックしてください。複数回答可)		特 記 事 項
	指示への反応について		
	☐ 通じる ☐ 時々通じる ☐ 通じない		
	性格について		
	☐ おとなしい ☐ 朗らか ☐ 親しみやすい ☐ 几帳面 ☐ 内向的 ☐ 頑固		
	☐ 凝り性 ☐ わがまま ☐ 頑固 ☐ 短気 ☐ 無口 ☐ 融通がきかない		
	対人関係について		
	☐ 協調的 ☐ 普通 ☐ 拒否的		
	精神状態等について(特記事項欄に状態を必ず記入して下さい)		
	☐ 精神的障害有 ☐ 特になし		
	記憶・理解について		
	毎日の日課を理解することが	☐ できる ☐ できない	
	直前の出来事を思い出すことが	☐ できる ☐ できない	
	自分の名前を答えることが	☐ できる ☐ できない	
	自分がいる場所を答えることが	☐ できる ☐ できない	
	不適応行動について		
	被害的になることが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	幻覚・幻聴が	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	感情が不安定になることが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	夜間不眠、昼夜の逆転が	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	暴言、暴行が	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	同じ話、不快な音、大きな声をだすことが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	介護に抵抗することが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	目的もなく動き回ることが	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	異食が	☐ ない ☐ 時々ある ☐ ある	
	現在受けている医療について		
	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマーの処置		
	☐ 酸素療法 ☐ レスピレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護		
	☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 褥瘡の処置 ☐ カテーテル		
	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 ※主治医意見書による	

※ 当月介護サービス利用票を添付してください。