

市・区・町・村】

月 日 ~ 日】

入

者の情報
の状況及び介護サービスの利用状況

- 訪問入浴（週 2 回）【 _____ 回】
- 訪問看護（月 2 回）【 _____ 回】
- 訪問リハビリテーション（週 _____ 回）【 _____ 回】
- 通所介護（週 _____ 回）【 _____ 回】
- 通所リハビリテーション（週 _____ 回）【 _____ 回】
- 短期入所生活介護（最近 3 ヶ月の利用日数合計 _____ 日）【 _____ 日】
- 短期入所療養介護（最近 3 ヶ月の利用日数合計 _____ 日）【 _____ 日】
- 夜間対応型訪問介護 【 _____ 回】
- 認知症対応型通所介護 【 _____ 回】
- 小規模多機能型居宅介護 【 _____ 回】
- その他（ _____ ）

入所希望者の状況

食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可
	食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(_____)
		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 <input type="checkbox"/> その他(_____)
嚥下	◇ むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	尿意	尿意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	便意	便意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
	下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> オムツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> パッド(<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)
	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他(_____ 部屋)
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input type="checkbox"/> 施設機械浴
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	拒否	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 強くある
動作等	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器(<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 寝たきり
	立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
	座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可
	外出	<input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 寝たきり
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい(<input type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
	意思	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他)
睡眠	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことが多い <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠薬の使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
嗜好品等	飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(量 _____)
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日 _____)

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

者の情報

認知症の状況

- 為 異食(食物以外のものを口にいれる) 介護抵抗
 自傷(自分を傷つける行為) 他傷(他人を傷つける行為) 収集癖 声出し
 暴言 不快な音を立てる 昼夜逆転 不眠 被害妄想 自殺願望
 その他()

※ 上記内容を具体的に記入して下さい

※ 申込者の分かる範囲で記入して下さい。医師・看護師等に記入を求めるものではありません

- 医療的処置
- 1 無
- 2 有 経管栄養 胃ろう 酸素療法 インシュリン注射 常時吸引
 気管切開 褥瘡の処置 カテーテル留置 ストマ(人工肛門)
 膀胱ろう 皮膚疾患 その他()

- 【既往歴】
入院の有無
年月
- 結核の既往(有 無)
- ※ 入院していた場合はその時期もご記入下さい。(入院H●年●月～H▲年▲月)

医療情報

- 【現病歴】
入院の有無
発病年月
- ※ 入院している場合は入院時期もご記入下さい(入院H●年●月～)

内服薬

特記事項

入所希望者の意向
(入所希望者が申し込んでいる場合を除く)

- 入所希望者が特別養護老人ホームへの入所を希望している
 入所希望者は在宅での生活を希望している
 入所希望者の意向は確認していない又は確認できない
 その他()

回数) 配食 (週 回数) サロン (週 回数)
 回数) ミニデイ (週 回数) 掃除 (週 回数)
 回数) ゴミ出し (週 回数) 口腔ケア (週 回数)
 機能訓練・リハビリ (週 回数) 栄養改善・維持 (週 回数)
 その他 (週 回数) 《 》

市民・NPO・社からの委託 等によるサービスをいう。		<input type="checkbox"/> 機能訓練・リハビリ (週 回数) <input type="checkbox"/> 栄養改善・維持 (週 回数) <input type="checkbox"/> その他 (週 回数) 《 》			
介護者や住居等の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど、介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が、距離が離れている・入院しているなどの状況にあり、介護ができない <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、要支援状態・高齢等の状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にあり、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労している状況にあり、十分な介護が困難				
	入所を希望する理由 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用しているが、住居の廊下等の構造が適していないため、介護が困難 <input type="checkbox"/> 住居の便所、浴室、階段等の形態や構造が適していないため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院した後、退院することになったが、在宅での生活が困難 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載して下さい)				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> (フリガナ) </div>				
主な介護者	氏 名	性 別	男 ・ 女	年 齢	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 住所 〒 - 電話番号 - -			
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()			
	他の介護者	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> いない			
	特 記	(介護をしている上で特に困っていること等) 居住スペースが狭く、老人保健施設退所後の自宅での生活が難しい。 主な介護者は子育て(2人の子供)をしているため、介護が難しい。			
その他	入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 必要な時に入所したい <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/> 半年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 1年ぐらい先には入所したい <input type="checkbox"/> 将来的に必要なになったときに入所したい </div>			
	他施設の申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる。 (他の施設名)			

日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻りに見られること。

特例入所の可能性	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻りに見られること。<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。<input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等の支援が期待できず、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。
備考	本入所申込に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に優先的な入所を考慮する必要がある場合などはその状況について記入すること。

準 入 所 希 望 者 調 査 票

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

入所決定日	年 月 日
-------	-------

入所希望者名	住 所
--------	-----

勘 案 項 目	入退所検討委員会の開催							
	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	内 容	点数	内 容	点数	内 容	点数	内 容	点数
要介護度								
介護の状況								
市内居住者								
事 記 事 項	認知症による行動障害							
	医療的処置の状況							
	住居環境							
	在宅生活困難							
	その他							
合 計 点								
同点時順位判定 (年 齢)								
優 先 入 所	市町村からの入所依頼等							
	長期入院後の再入所							
	退所後の再入所							
	緊急性等							
入所順位								
(例外) 性別・重度認知症等 状況・医療的処置・ 施設の適切処遇、運 営維持								
入所一時辞退								

(注) 入所希望者又は介護者から勘案項目に係る状況変化の申出があった場合に、直近の入退所検討委員会において、再評価を行うこととします。