

(様式1-2)

入所希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえ、その状況をご記入ください。

現在の居所	☐ 自宅で一人暮らしをしている	☐ 自宅で家族と暮らしている(人家族)
	☐ 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 () 施設等へ入所又は入院した時期 (平成・令和 年 月 日 から)	
入所希望時期	☐ 今すぐ ☐ 半年以内 ☐ 1年以内 ☐ その他()	
入所を希望する理由 (該当するものをいくつでも選んで下さい)	☐ 介護する者がいないため ☐ 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため ☐ 介護する者が「高齢」、「障がい」、「病気」等により介護することが困難なため ☐ 介護する者が就労していて介護することが困難なため ☐ 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため ☐ 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため ☐ 施設や病院から退所(退院)を求められているため ☐ その他()	
医療に関する状況	(特別な医療的対応)	
	☐ なし ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ その他()	
	(現在治療中の病気等)	
認知症等による行動障がい (行動障がいの起きる頻度にもレ印を付けてください)	☐ (特別な医療的対応)	
	☐ なし	
	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ インシュリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ その他()	
	(現在治療中の病気等)	
認知症等による行動障がい (行動障がいの起きる頻度にもレ印を付けてください)	☐ 該当なし	
	☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 不穏行動 ☐ 自傷行為 ☐ 暴力行為	
	☐ 昼夜逆転 ☐ 異食行動 ☐ 火の不始末 ☐ 被害妄想	
	☐ その他()	
認知症等による行動障がい (行動障がいの起きる頻度にもレ印を付けてください)	☐ ほとんど毎日 ☐ 週 3～4回程度 ☐ 週 1～2回程度 ☐ 月数回程度	

【介護に関する状況】

飲水食事摂取	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
排 尿	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
排 便	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入 浴	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
歩 行	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
衣服着脱	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
視 力	☐ 普通	☐ やや見えにくい	☐ かなり見えにくい	☐ まったく見えない
聴 力	☐ 普通	☐ やや聞えにくい	☐ かなり聞えにくい	☐ まったく聞えない
意思の伝達	☐ 普通	☐ やや伝えにくい	☐ かなり伝えにくい	☐ まったく伝えられない