

## 状 況 申 立 書

記入日： 令和          年          月          日

記入者： \_\_\_\_\_

<記入される前にお読みください>

- \* 入所を希望される方の心身の状況について、あてはまるものの□に☑印をつけてください。
- \* 介護サービスを利用されている方は、契約している居宅介護支援事業所のケアマネジャーに相談し、記入を依頼するか支援を受けてください。
- \* 現在、介護保険施設等に入所・入居されている方は、施設のケアマネジャーや相談員に相談し、記入に当たっての支援を受けてください。
- \* 申し込み後にご本人やご家族(介護者)の状況に変動があった場合は、申し込みをした施設に必ずご連絡ください。

在宅での介護保険サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> 居宅サービスを利用していない 利用している場合、直近3ヶ月の利用状況(ケアマネジャーに聞いてください) ※ケアマネジャー様へお願い。直近3ヶ月の利用率を記入してください。			
	月	%	月	%
	月	%	3ヶ月平均	%
	(種 類) 訪問介護              訪問看護              訪問入浴              訪問リハビリテーション 通所介護              通所リハビリテーション              短期入所              福祉用具貸与 定期巡回・随時対応型訪問介護看護                      小規模多機能型居宅介護  その他、施設サービス・医療機関 (名称 : _____ )			
	事業所名 :		担当者名 :	
	連絡先 :			
	<特別養護老人ホームへの入所に関する特記事項>			
入居希望者の生活歴				

( 裏面に続きます )

様式3

氏名 :		* 空欄に記載、該当箇所に☑印もしくは○印			
身体および日常生活動作の状況	視力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 大きい字なら見える	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない
	会話	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> ほとんど話せない	<input type="checkbox"/> 全く話せない
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖を使用	<input type="checkbox"/> シルバーカー使用	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		* 車いすの使用 : 無・有 ( 自走: 可・不可 移乗: 可・不可 )			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		* 内容 : 普通食 ・ 粥 ・ きざみ食 ・ 流動食 ・ 糖尿病食 経管栄養 ・ 胃ろう ・ その他制限等( )			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		* 使用しているもの : トイレ ・ ポータブルトイレ ・ オムツ ・ リハビリパンツ ・ パット ・ 尿器			
		* 尿意 : 無・有      * 便意 : 無・有      * 失禁 : 無・有			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要	<input type="checkbox"/> 半介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 部位: )		
拘縮	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 部位: )			
床ずれ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( 部位と大きさ: )			
精神および行動の状況	認知の状況	<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 (不明な場合は、担当ケアマネジャー様にお尋ねください)			
	下記の問題行動について、項目ごとに該当する数字を記入してください。 ・毎日1回以上ある場合は「1」を記入 ・1週間に1回以上ある場合は「2」を記入 ・1ヶ月に1回以上ある場合は「3」を記入				
	被害的になる		感情が不安定になる		意思の伝達ができない
	幻覚や幻聴がある		暴言や暴力がある		ひどい物忘れ
	日課の理解が出来ない		名前がわからない		生年月日、年齢どちらか一方が言えない
	短期記憶が保てない		住んでる場所がわからない		季節の理解がない
	昼夜逆転がある		徘徊がある		目が離せない
	落ち着きがない		大声や奇声を発する		不潔行為がある
	火の不始末がある		収集癖や盗癖がある		作り話をする
	独り言を話す		同じ話をする		勝手な行動をする
	異食行為がある		物や衣服を壊す		外に出て戻れない
介護に抵抗する		自傷行為がある			
* 認知等の状況や問題行動で困っている点を記入ください。					