



利用希望者の状況 (□に✓をして下さい ( ) 内も記入して下さい)

現在の介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 入居または入院している <input type="checkbox"/> 在宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> 何も利用していない	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型病院 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム *平成 年 月より利用中 施設名 ( ) 所在地 ( 市・町・村 )
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルパー) (約 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (約 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (約 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (約 回/週) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 (約 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) (約 日/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア) (約 日/週) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (ショートステイ) (約 日/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (ショートケア) (約 日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (以外)・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給	
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう ) <食事の形態> (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 荒刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー <飲み込み状態> <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い
	排泄	<日中> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 ( <input type="checkbox"/> トイレ・ポット ) <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パッド
		<夜間> <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 ( <input type="checkbox"/> トイレ・ポット ) <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> しびん <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パッド
	<尿意・便意> <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 時々有り <input type="checkbox"/> 無し	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 <input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> 中間浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自立 ・ <input type="checkbox"/> 介助 )
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 見えない <眼鏡> <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聞こえない <補聴器> <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 全く話せない	
認知精神の状況	<input type="checkbox"/> 何らかの認知障害 (痴呆症状) を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立出来る <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状がみられ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい認知、精神症状による問題行動が見られ、専門的医療を必要とする <具体的な状況や頻度等を記載して下さい>	
医療の状況	医療的処置	<input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> イソリリ注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	既往歴 現病名	① _____ ② _____ ③ _____ ④ _____ ⑤ _____ ⑥ _____
	服薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 _____ 病院 _____ 科 _____ 先生より処方 <input type="checkbox"/> 無 _____ 病院 _____ 科 _____ 先生より処方

