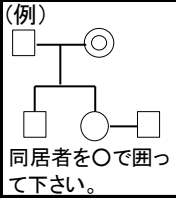


入所申込に関する現況届け

氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日生(歳)
既往歴			(例)  同居者を○で囲って下さい。		(家族構成)
現病歴					
かかりつけの医療機関	病院 医院 診療所		医師		
全般的動作	1. 普通に外出できる		2. 家の中なら動ける		
	3. 起きられるがあまり動けない		4. 寝たきり、ほぼ寝たきり		
食 事	1. 一人で食べられる		2. やや不自由だが一人で食べられる		
	3. 何らかの介助が必要		4. 全介助 ※経管栄養(胃ろう)		
	主食 (普通・軟飯・粥・ミキサー)		※義歯(有・無)		
	副食 (普通・軟菜・刻み・ミキサー・ゼリー)		↳ (上・下)		
排 泄	(尿意) ⇒ 有・時々あり・無		(便意) ⇒ 有・時々あり・無		
	1. トイレ、または、ポータブルトイレにて一人で行える		2. 何らかの介助が必要		3. トイレ、ポータブルトイレではしていない
	1. オムツ(夜のみ・昼夜共)		2. (紙パンツ・尿パット)使用		
	3. 下着(布パンツ)		4. (バルン・ストマ)使用		
	※該当するもの全てに○をつけて下さい。				
入 浴	1. 一人でできる		2. ほぼできるが見守りが必要		
	3. 何らかの介助が必要		4. 全介助		
更 衣	1. 一人でできる		2. 見守り、		
	3. ズボンの上げ下げなど一部介助があればできる		4. 全介助		
移 動	1. 歩行できる (独歩・伝い歩き・杖・老人車・歩行器・その他)				
	2. 歩行できない (車イス・リクライニング車イス・その他『 』)				
	1. 一人で行動できる		2. 見守り、声かけがあれば一人でできる		
	3. 付き添いなどの介助が必要		4. 全介助		
移 乗	(例: 車イス ⇄ ベッド等の乗り移り)				
	1. 一人で行動できる		2. 見守り、声かけがあれば一人でできる		
	3. お尻を支えるなどの一部介助が必要		4. 全介助		
視 力	1. 普通		2. やや悪い		3. 物の形がぼんやり見える
	4. 全く見えない		※ 眼鏡 (有・無)		
聴 力	1. 普通		2. やや悪い		3. 耳元で大きな声でないと聞こえない
	4. 全く聞こえない		※ 補聴器 (有・無)		
睡 眠	1. 普通		2. あまり眠れない(浅眠)		3. 不眠
	4. わからない				
意思疎通	1. 普通		2. ある程度通じる		3. 通じにくい
	4. 通じない				
麻 痺	無・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他()				
拘 縮	無・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・手指				

行動障害	<p>該当する項目にチェック(☑)をつけて下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 食事をしたことを忘れるなどの日常生活に支障がある物忘れがある<input type="checkbox"/> イライラしやすい、落ち着きがない<input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込んで、やる気がしない<input type="checkbox"/> 「物を盗られた」など、被害的になる<input type="checkbox"/> 実際にいないものが見えたり、いない人の声が聞こえたりする<input type="checkbox"/> 夜眠れない、または、昼と夜が逆転している<input type="checkbox"/> 食べられないものを食べようとする<input type="checkbox"/> 目的もなく歩き回ったり、外に出ようとする<input type="checkbox"/> 大きな声を出したり、手を上げようとする<input type="checkbox"/> 入浴や着替えを嫌がる<input type="checkbox"/> その他 <p style="text-align: center;">()</p>
------	--

その他、記載事項にない項目等で、考慮する必要がある場合は、その状況についてご記入下さい。
(介護上の悩みや困っていることなど)

()

※上記の内容について、ケアマネージャー等関係機関に確認することがありますのでご了承下さい。

なお、得られた情報については、入所申込以外には使用いたしません。

【記入日】 令和 年 月 日

_____ 【記入者】 _____