

入所希望者及び家族の状況	※入所申込ができるのは原則として要介護度3以上の方です。 (要介護度1・2の方については、入所を必要とするやむを得ない理由が必要となります。そのため、下記の項目についても、該当するものを必ず回答して下さい。) <input type="checkbox"/> 主たる介護者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 多少は介護できる <input type="checkbox"/> 介護可能 ◇ 主たる介護者の年齢 <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> 60歳未満 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が生計中心者として就労している場合で、他に介護する者がいないため。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者が育児、または家族の看病、もしくは就労(パート等)しているため。 ◇ 主たる介護者が就労している場合 就労時間 日/週 <input type="checkbox"/> 1日8時間以上 <input type="checkbox"/> 4～8時間 <input type="checkbox"/> 4時間未満 ◇ 主たる介護者が育児をしている、もしくは家族が病気で看病が必要な場合 <input type="checkbox"/> 常時の育児・看病 <input type="checkbox"/> 半日の育児・看病 <input type="checkbox"/> 臨時の育児・看病 <input type="checkbox"/> 複数の高齢者(障害児者)等を在宅で介護しているため。 <input type="checkbox"/> 主たる介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。 <input type="checkbox"/> 病院や他施設等から退院・退所を求められているが、在宅での介護が困難なため。
	※要介護度1・2の方については、以下該当するものを必ず回答してください。 <input type="checkbox"/> 認知症である者であって、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繁に見られる。 <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等が頻繁に見られる。 <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。 <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による支援が期待できず、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。
	主たる介護者の介護負担 <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし (状況: _____)
	主たる介護者の介護の関与 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> ふつう (状況: _____)
	他の同居介護補助者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄 _____) 頻度 _____ 日/週程度 _____ 日/月程度 _____ (状況: _____)
	別居血縁者介護協力 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄 _____) 頻度 _____ 日/週程度 _____ 日/月程度 _____ (状況: _____)
	近隣者等の介護協力 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(続柄 _____) 頻度 _____ 日/週程度 _____ 日/月程度 _____ (状況: _____)
	部屋の希望 <input type="checkbox"/> 多床室 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい
その他意見 【介護をしている上で困っていること(経済状況、家庭状況含む)、入所を希望する理由等】	
備考	
担当	

様式2 入所申込み状況確認表 入所希望者氏名()

入所希望者の身体状況等の該当するものに○(ケアマネジャーと契約している場合は相談し記入を依頼して下さい。
 (「特記事項」「頻度及び実績」についても、可能な限り具体的にお書き下さい。)

※Ⅰ及びⅡについては主治医の意見書の添付があれば記入は不要です。市町村の窓口でお問い合わせいただくか、
 ケアマネージャに相談して下さい。

身体状況	Ⅰ 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度:□J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2)
	歩行: 自立・杖や歩行器・手すり等があれば歩行可・一部介助・歩行不可 (特記事項:) 移乗: 自立・見守り必要・一部介助・全介助 (特記事項:) 排泄: 自立・見守り必要・一部介助・ポータブル使用・おむつ使用・全介助 (特記事項:) 食事: 自立・見守り必要・一部介助・全介助 (特記事項:) 入浴: 自立・見守り必要・一部介助・清拭のみ・全介助 (特記事項:) 視力: (普通 弱視 全盲) 聴力: (普通 やや難聴 難聴) 嚙下(えんげ): 自立・見守り必要・不可 睡眠: 良・不良(服薬:□なし □あり) 麻痺(まひ): □なし □あり(部位:) 褥瘡(じよくそう): □なし □あり(部位:)
コミュニケーションの状況	発語: 話ができる・聞き取りにくい・何を言っているか分からない・話せない 意思決定: できる・特別な状況を除いてできる・日常的に困難・できない 理解: できる・特別な状況を除いてできる・日常的に困難・できない
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準及び精神状態・問題行動	Ⅱ 認知症高齢者の日常生活自立度(□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M)
	【精神状態】 □幻覚 □妄想(被害・嫉妬・物盗) □せん妄 □睡眠障害 □心気症状 □不安 □焦燥 □抑うつ □興奮 (特記事項(頻度等):) 【問題行動】 □やたらに物を口に入れる □物を拾い集める □徘徊 □昼夜逆転 □繰り返し行為 □失禁 □大声・奇声をあげる。 □火の扱い(消し忘れ等) □自傷行為 □介護拒否 □不潔行為 □性的異常行為 □攻撃的行為 □不穏(暴言・暴行・破壊) (特記事項(頻度等):)
居宅介護サービスの利用状況	□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 □短期入所生活介護 □短期入所療養介護 □福祉用具貸与 □地域密着型サービス(サービスの名称:) (頻度及び実績: 回/週・直近2ヶ月の利用額 月 円、 月 円) ※必ず、サービス提供表の写しを添付して下さい。(ケアマネジャーの相談して下さい。
医療の状況	現在治療中の病気・ケガ(病名 平成 年 月から) 現在の治療・服薬() 既往症(感染症を含む、治療期間・病名・医療機関を明記して下さい)
	かかりつけ医 病院名 担当医 □経管栄養(胃ろう・経鼻) □在宅酸素 □インシュリン注射 □点滴 □その他() (特記事項)
担当ケアマネジャー	事業所名 担当者名 (特記事項) 電話番号 ()