

2. 身体及び日常生活動作の状況

(1) 身体状況

- ア 視力 見える 見えにくい 見えない (右 左) (眼鏡使用)
イ 聴力 聞こえる 聞こえにくい 聞こえない (右 左) (補聴器使用)
ウ 言語 話せる 聞き取りにくい 話せない
エ 意思 疎通できる ある程度できる 疎通できない
オ おむつの使用 無し パッド (昼 夜) リハビリパンツ (昼 夜)
カ 睡眠 普通 眠れないことが多い 不眠 眠剤を服用

(2) 日常生活動作の状況

- ア 歩行 自立 つかまれば歩ける 杖歩行 歩行器 車いす
杖・歩行器・車いすで、なおかつ介助が必要
イ 排泄 自立 誘導 一部介助
ウ 食事 自立 見守り 一部介助
エ 入浴 自宅で自立 自宅で見守り 自宅で一部介助 デイで入浴 拒否
オ 着脱衣 自立 見守り 一部介助

3. 利用中のサービス

- 利用あり 利用なし (利用していない理由)

⇒利用ありの場合、内容を記入してください。

- | | | | |
|---|-----|---|-----|
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 | 回/月 | <input type="checkbox"/> デイサービス | 回/月 |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリ | 回/月 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ | 回/月 |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 | 回/月 | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 | 回/月 |
| <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 | 品目 | <input type="checkbox"/> ショートステイ | 回/月 |
| <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 | 回/月 | <input type="checkbox"/> その他の介護サービス () | |
| <input type="checkbox"/> 配食サービス | | <input type="checkbox"/> 緊急通報装置 | |
| <input type="checkbox"/> その他使っている民間サービスなど () | | | |

4. 精神の状況

該当する場合、してください。

(1) 認知機能について

- 記憶障害 失見当識

(2) 特記行動

- 攻撃的行為 自傷行為 火の不始末 徘徊 不穏興奮
不潔行為 失禁 その他 ()

5. 収入・資産・負債の状況

	名 称	記号番号	金 額 (年額)
(1) 定期的な収入 ※年金(遺族年金・障害年金を含め全て)や給与			円
			円
			円
(2) 資産	名称:	規模:	評価額: 円
(3) 負債	名称:	借入年月日:	金額: 円
(4) 生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 日保護受給開始)		

6. 健康保険・扶養の状況

(1) 健康保険	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 社保(本人・家族)	<input type="checkbox"/> その他()
(2) 扶養関係				
入所希望者を・税の扶養親族としている方	(氏名		続柄)
・保険等の扶養としている方	(氏名		続柄)
・給与等の扶養手当の対象としている方	(氏名		続柄)
入所希望者に仕送りをしている方	(氏名		続柄)

7. 入所希望者の生活歴

(1) 出生地	
(2) 学歴	
(3) 職歴	
(4) 結婚歴	年 月 日 子供 人
	年 月 日 子供 人
(5) 生活歴 ※父母の職業 ※結婚前の職業や居住地 ※結婚後の職業、配偶者の職業や居住地 ※退職後の生活、趣味などについて、できるだけ詳しく記入してください。	
(6) 病歴 現在治療中のものや、過去に手術をした疾病などを記入してください。	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)
	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)
	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)
	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)
	病名 (年 月～) 通院中 (病院)・服薬中・治療終了・手術 (年)
(7) 医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)

