**状況調査票　（１）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日（　　　　　歳） |
| 入居希望者氏名 | 男・女 |
| 要介護状態区分 | 1・2・3・4・5 | 認定有効期間 | 　　　　　年　　　月　　　日から令和　　　年　　　月　　　日まで |
| 介護被保険者番号 | 市・区・町・村 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現　　況 | 1．自宅で一人で暮らしている　　　2．自宅で家族と暮らしている3．施設に入所中または病院に入院中である◇「施設入所または入院されている方は」記入して下さい。施設名又は病院名：　　　　　　　　　　　　　　所在地（市名）：　　　　　　　　　　　　　　　　入所又は入院時期：　平成・令和　　　年　　　月から 入所・入院 している |
| 入居を希望する理由（該当するもの全てを選んで下さい） | 　該当するもの全てを選び、○をつけてください。1．介護する者がいないため。2．介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。3．介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。4．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。5．居住環境の事情により十分な介護が困難なため。6．施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。7．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※要介護1、2の方は以下の該当するものを選び、○をつけてください。要介護度1、2の方は入所を必要とするやむをえない理由（特例入所要件）が必要となります。1．認知症であることにより、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。2．知的障害・精神障害を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。3．家族等による深刻な虐待が疑われる等により心身の安全・安心の確保が困難である。4．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。 |
| 入居希望時期 | 1．今すぐ入居したい　　　　　　2．令和　　年　　月頃までに入居したい |
| 本人の意思 | 入居することに対して　　納得している・拒否がある・その他（　　　　　　　　　　　） |
| 申し込み状況 | １．からたちのみ申し込む。　2．他の施設も申し込んでいる又は今後他の施設も申し込む予定。◇既に申し込んでいる他の施設名（　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　）◇今後申し込む予定の他の施設名（　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　） |

【介護している方の状況についてご記入ください】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日：大・昭・平　　年　　月　　日 |
| 主たる介護者名 |  | 性別：　男 ・ 女 | 続柄： |
| 世帯状況 | 1．独居　　2．高齢者世帯　　3．その他 |
| 介護者の介護負担 | 1．重い　　2．やや重い　　3．軽い　　4．負担なし |
| 介護者の障害や疾病 | 1．なし　　2．あり（　　　　　　） → 介護困難 ・ 多少介護可能 ・ 介護可能 |
| 介護者の就労 | 1．なし　　2．あり → 常勤 ・ パート（　　　　日／週　　　　時間／日） |
| 介護者の育児、家族の病気 | 1．なし　　2．あり →　常時の育児，看病が必要 ・ 半日必要 ・ 臨時に必要 |
| 介護者の介護の関わり方 | 1．介護拒否　　2．非常に消極的　　3．やや消極的　　4．普通 |
| 他の同居介護補助者 | 1．なし　　2．あり（続柄　　　　）　　 　　　　日／週 程度 |
| 別居血縁者の介護協力 | 1．なし　　2．あり（続柄　　　　）　　　　 　　日／週 程度 |
| 近隣者等の介護協力 | 1．なし　　2．あり（続柄　　　　）　　　 　　　日／週 程度 |
| 他の要介護者 | 1．なし　　2．あり →（ 要支援 ，　要介護　1・2・3・4・5 ） |
| 同居の家族構成 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 職業 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 同居以外の家族構成 | ※近親者の状況（同居以外の子供。子供がいない場合は、兄弟、甥、姪） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 身元引受人・後見人 | 同居家族・同居以外の家族の他に、身元引受人となる方、成年後見人の方 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**状況調査票　（２）**

|  |
| --- |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※空欄に記載、該当箇所に○印 |
| 身体状況及び日常生活動作の状況 | 視力 | 1．正常　　2．大きな字なら見える　　3．ほとんど見えない（右・左）4．全く見えない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （眼鏡の使用：無・有） |
| 聴力 | 1．正常　　2．大声なら聞こえる　　3．ほとんど聞こえない（右・左）　　4．全く聞こえない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （補聴器の使用：無・有） |
| 会話 | 1．問題ない　　2．簡単な受け答えは可能　　3．ほとんど話せない　　4．全く話せない（義歯の使用：無・有） |
| 歩行 | 1．自立　 2．杖を使用　 3．歩行器を使用 4．付き添い介助必要　 5．全介助（車椅子の使用：無・有　→　自走：可・不可　　　車椅子への移乗：可・不可） |
| 食事 | 1．自立　　2．声かけ・見守りが必要　　3．半介助　　4．全介助　内容：1．普通食　　2．粥　　3．きざみ食　　4．ペースト食　　5．糖尿病食　　　　6．胃ろう　　7．その他制限食（　　 　　　　　 　　　　　　　　） |
| 排泄 | 1．自立　　2．声かけ・見守りが必要　　3．半介助　　4．全介助　内容：1．トイレ　　2．尿器　　3．ポータブルトイレ　　4．リハビリパンツ　　　　5．オムツ　　6．尿取りパッド （尿意・便意：無・有） |
| 入浴 | 1．自立　　2．声かけ・見守りが必要　　3．半介助　　4．全介助　内容：1．一般浴槽　　2．リフト浴槽　　3．機械浴槽　　4．清拭 |
| 更衣 | 1．自立　　2．声かけ・見守りが必要　　3．半介助　　4．全介助 |
| 身体障害等 | 無 ・ 有（障害名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 床ずれ | 無 ・ 有（部位と大きさ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身長／体重 | ㎝　　　　／　　　　　　　　　　　㎏ |
| 既往症名 |  | 治癒時期 | 年　　　　月 |
|  | 治癒時期 | 年　　　　月 |
| 現在の主な病名 |  | 発症時期 | 年　　　　月～ |
|  | 発症時期 | 年　　　　月～ |
|  | 発症時期 | 年　　　　月～ |
| 1．経管栄養　　2．酸素療法　　3．インスリン注射　　4．人工肛門5．カテーテル　　6．透析　　7．その他（　　　　　　　　） |
| かかりつけ医療機関主治医師名等 | 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 主治医名 |  |
| 精神及び問題行動の状況 | 認知症の状況 | 正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M（ケアマネージャーに聞いてください） |
| 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。　・問題行動がない場合は「１」を記入　・1ヶ月に1～2回程度ある場合は「２」を記入　・1週間に1～2回以上ある場合は「３」を記入　・毎日ある場合は「４」を記入 |
| 物を盗られたなどと被害的になることが |  | 「家に帰る」等と言い、落ち着きがなくなることが |  |
| 作話をし、周囲に言いふらすことが |  | 外出すると１人で戻れなくなることが |  |
| 実際にないものが見えたり、聞こえることが |  | １人で外に出たがり目が離せないことが |  |
| 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが |  | いろいろな物を集めたり、無断で持ってくることが |  |
| 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が |  | 火の始末や火元の管理ができないことが |  |
| 暴言や暴行が |  | 物や衣類を壊したり、破いたりすることが |  |
| しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが |  | 便いじりなど不潔な行為を行うことが |  |
| 大声を出すことが |  | 食べられないものを口に入れることが |  |
| 助言や介護に抵抗することが |  | 周囲が迷惑している性的行動が |  |
| 目的もなく動き回ることが |  | ひどい物忘れが |  |
| 【認知症状や問題行動等で困っている点を記入してください】 |
| 【介護が困難な理由、入居を希望する理由をわかりやすく記入してください】 |
| 記入者 |  | 続柄 |  |

【同意欄】　当施設が保管する入所申込みに関する情報については、県又は市町村から状況把握のために提示を求められることに同意します。

また、本入所申込書の調査につき、担当ケアマネージャー、入所（入院）施設（病院）担当者に確認することに同意します。

入所希望者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　（代筆者）　　　　　　　　　　　　　　　続柄