

## 入所希望者の状況(その1)

入所希望者名

※ 下記の事項をご記入ください。また、該当するものにレ印のうえその状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健などの施設や病院に入っている。 施設又は病院名 _____ 施設等へ入所又は入院した時期 (平成・令和 年 月から)	
現住所の居住期間	<input type="checkbox"/> 3年以上 <input type="checkbox"/> 3年未満 (居住開始 年 月頃から)	
現在、利用している 在宅サービス状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/月・週
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/月・週
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/月・週
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/月・週
	<input type="checkbox"/> デイサービス	回/月・週
	<input type="checkbox"/> デイケア	回/月・週
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	回/月・週
	<input type="checkbox"/> 福祉用具( )	
居宅支援介護事業所	市・町・村	
医療に関する 状況	① 既往症 (身長 cm 体重 kg)	
	_____	
	_____	
	② 特別な医療的対応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーン・カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )	
③ 現在治療中の病気等		
_____		
_____		
④ その他健康状態に関する特記事項		
_____		
_____		
認知症による 行動障害  (行動障害の起きる 頻度にもレ印をつけて ください)	<input type="checkbox"/> 該当ない <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3~4回程度 <input type="checkbox"/> 週1~2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度	
	※ 認知症の方の身体の状況は、( <input type="checkbox"/> 寝たきりになっている <input type="checkbox"/> 寝たきりではない )	