

介護者の状況

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

介護者の状況	フリガナ		性別	生 年 月 日			続柄		
	氏名		男 女	明・大・昭	年 月 日	(年齢)			
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所: _____)							
	就労関係	<input type="checkbox"/> 就労している << <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート (週 _____ 日、週 _____ 時間) >> <input type="checkbox"/> 就労していない							
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ① 慢性疾患等で定期的に通院中 (病名 _____) ② 入院はしていないが継続的な治療を要する (病名 _____) ③ 要入院加療 (_____ ケ月程度 ・ 病名 _____)							
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害あり (_____ 級 ・ 種類 _____) <input type="checkbox"/> なし							
	要介護度	<input type="checkbox"/> あり (要支援 ・ 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) <input type="checkbox"/> なし							
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる (子供の年齢 _____ 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病(付添)の必要な家族がいる (自宅療養 ・ 入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外に介護の必要な家族がいる (要支援 ・ 要介護 1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる (_____ 級 ・ 種類 _____)							
	家族関係及び兄弟		続柄	性別	年齢	職業	同居	住所	※ エコマップ(施設で記入します)
		1							
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
介護協力者の有無	<input type="checkbox"/> 同居家族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない								
入所を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められている <input type="checkbox"/> その他 (_____)								
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 (_____ 年 月頃までに入所したい)								