



入所希望者氏名 _____

家族について	主な介護者	氏名	続柄	年齢	同居・別居	住所（本人と同じ場合不要）
	<input type="checkbox"/>				同・別	
	<input type="checkbox"/>				同・別	
	<input type="checkbox"/>				同・別	
	<input type="checkbox"/>				同・別	

※同居、別居にかかわらず家族（子、孫、兄弟、甥姪等）がいる方は、必ず記入してください。

入所を希望している人は誰ですか 本人 配偶者 同居家族 別居家族 その他（ ）

該当する項目に☑をしてください。

一人暮らし

同居・隣接・同一敷地内・同一マンション等内に家族がいる
↓ 以下にご家族の状況を必ず記入してください
<同居・隣接・同一敷地内・同一マンション等内のご家族について>
(該当するものすべてに☑を付けてください)

週20時間以上働いている(週 時間) 70歳以上である

介護を理由に就労していない

日中は不在等で介護ができない(不在理由)

複数の方を介護している(具体的に)

就学前の子供の育児をしている(歳)

病気で月1回以上通院している(病名) (通院先)

難病等である(悪性腫瘍・人工透析等も含む)(病名)

介護認定を受けている(要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5) ←○をつける

身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳を持っている
(手帳 種 級・度)

※該当する場合は介護保険被保険者証、各種手帳・医療受給者証のコピーを必ず添付してください
その他困っている状況
[]

上記に該当なし

上記に該当があり、入所希望者と二人暮らしである

長期の入院や施設へ入所している等で、すでに住まいを引き払っていて、帰る先がない

<自宅住居の状況> ※入所希望者が病院・施設にいる場合も記入してください

集合住宅の2階以上に住んでいるが、エレベーターがない

居室と同じ階にトイレや風呂がない

部屋数がなく、同居者と同じ部屋で介護を受けている

介護上の問題から住宅改修が必要だが、住宅改修が困難

[その他住宅で困っている事等]

緊急に立ち退きを迫られている ※立ち退き年月を必ず記入して下さい。
[具体的に] (立ち退き期限 年 月)

上記に該当なし

入所希望者氏名 _____



(該当する項目に☑をしてください。)

本人の日常生活状況	
歩行... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 食事... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ... <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 紙パンツ有り <input type="checkbox"/> 両方利用無し 排泄... <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 視力... <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない (身障手帳がある場合 種 級) 聴力... <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない (身障手帳がある場合 種 級) 認知症がある → <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状があるが専門医の受診無 <input type="checkbox"/> 症状があり専門医を受診している	
本人の行動について	・徘徊 (室内を含む) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・一人で出たがり目が離せない(徘徊) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・暴言や暴力的な行動がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・排泄物をいじる等の不衛生な行動がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・物を盗られたなどと被害妄想があり、対応が困難 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・日常生活の不安 (火の不始末等) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・介護に抵抗する、拒否的である <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・昼夜の逆転がある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・大声や奇声を出す <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・作り話 (事実と異なる話) をする <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・いろいろなものを集めたり無断で持ってくる <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・(1日に何度もしつこく) 同じ話をする <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・物を壊したり、衣類を破いたりする <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・人がわからない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない ・時間や場所がわからない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ない
過去3か月以内の状況 全項目☑をして下さい *「ある」は、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいいます。 *「ときどきある」は、少なくとも1か月間に1回以上、1週間に1回未満程度の頻度をいいます。	
特別な医療の状況	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン(1日 回) <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()
治療中の疾病	有・無 主な疾病名
介護支援専門員はいますか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護支援専門員(ケアマネジャー)氏名 事業所名 事業所所在地 電話
主治医はどなたですか	主治医氏名 医療機関名 医療機関所在地 電話
成年後見制度の後見人等がいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いる..... <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 任意後見人 氏名 住所 電話