

3. 主たる介護者・家族の状況

入所希望者氏名

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
主たる介護者の氏名	男・女 続柄()	世帯区分	<input type="checkbox"/> 入所希望者と同居(高齢者世帯) <input type="checkbox"/> " (その他) <input type="checkbox"/> 入所希望者と別居
自宅での介護負担	重い・やや重い・軽い・なし		
主たる介護者と同居している方	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (続柄:)		

【主たる介護者の状況】

主たる介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 障害や疾病はない。 <input type="checkbox"/> 障害や疾病はあるが介護可能。 <input type="checkbox"/> 障害や疾病のため、下記のうち2項目程度の日常生活援助なら可能。 <input type="checkbox"/> 障害や疾病のため、下記のような日常生活全般の援助が困難。 <small>項目:排泄・入浴・移動・着替え・食事 など</small> <input type="checkbox"/> 障害や疾病のある場合、その状況を記入して下さい。 ()
主たる介護者の就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない。 <input type="checkbox"/> 就労している。 ◇職種:() 就労日数:(日/週) 就労時間(時間/日)
入所希望者以外の家族の育児・看護の状況	<input type="checkbox"/> 育児や家族の看護はしていない。 <input type="checkbox"/> 臨時的に、育児または家族の看護をしている。 <input type="checkbox"/> 半日、育児または家族の看護をしている。 <input type="checkbox"/> 常時、育児または家族の看護をしている。 ◇育児または家族の看護をしている場合、その状況を記入して下さい。 ()
主たる介護者の介護への関わり方	<input type="checkbox"/> 普通に介護している。 <input type="checkbox"/> やや消極的ではあるが介護している。 <input type="checkbox"/> 非常に消極的ではあるが介護している。 <input type="checkbox"/> 介護は拒否している状況 または 介護が出来ない状況である。

【介護の協力状況】

他の同居介護補助者の有無	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(1日2時間程度以上または頻繁な補助がある場合。 ◇続柄:() 日数:(日/週程度)
別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ◇続柄:() 日数:(日/週程度)
近隣者の介護協力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ◇日数:(日/週程度)

【家族の状況】

	氏名	続柄(本人から見て)	年齢	住所地(市区町村)	職業
同居家族の状況					
別居家族の状況					

4. 本人の医療・身体・精神状況

今までの病歴(例: ○○才頃 肺炎 ××病院 など)	皮膚疾患 ・褥瘡 (あり・なし) 部位() ・湿疹 (あり・なし) 部位() ・痒み (あり・なし) 部位()
現在の病気	感染症 ・梅毒(あり・なし) ・肝炎(あり・なし) ・疥癬(あり・なし) ・結核(あり・なし) ・その他()

現在受けている医療の状況について、あてはまるものをすべて選んでください。

- 経管栄養 胃ろう 在宅酸素 インシュリン注射
 その他 ()

身体及び日常生活の状況	食事 <input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声かけ、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少の介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 水分にむせる(いつもある・たまにある・ない)
	排泄 <input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け・誘導・後始末が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄物品(紙おむつ・紙パンツ・ポータブルトイレ・その他)
	入浴 <input type="checkbox"/> 1人で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け・見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少の介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助
	立位 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 短時間は可能 <input type="checkbox"/> 困難
	座位 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 困難(座位が保てる時間 時間程)
	移動用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 杖や歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> その他
	麻痺や拘縮 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 麻痺がある(部位:) <input type="checkbox"/> 拘縮がある(部位:)
	視力 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 大きな文字は見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> まったく見えない
	聴力 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> まったく聞こえない(右・左)
	意志疎通 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 基本的な要求はできる <input type="checkbox"/> 困難
記憶理解 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> その場限りになる <input type="checkbox"/> 困難	

※「現状の介護で困っていること」や「在宅介護が困難な状況」を記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....