

社会福祉法人 園盛会(多摩の里むさしの園・けやき園)入居申込に伴う状況票

※担当ケアマネージャー・相談員・看護師等の状況がわかる方に記載を依頼してください。

フリガナ	
ご利用者名	

記入日： 年 月 日

記入者名		事業所名	
事業所区分	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他( )		
職種	<input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( )	電話番号	

### ●動作等について

移動方法		移乗方法	食事方法		
移動方法	介助方法	介助方法	主食	副食	介助方法
<input type="checkbox"/> 自力歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 自立
<input type="checkbox"/> 伝え歩き	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 一部介助
<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> ペースト粥	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 全介助
<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 極キザミ	
<input type="checkbox"/> 車いす				<input type="checkbox"/> ペースト	
排泄方法			入浴		意思の疎通
場所	下着	パット	種類	介助方法	
<input type="checkbox"/> トイレ(自立)	<input type="checkbox"/> 布パンツ	<input type="checkbox"/> 常時使用	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 図れる
<input type="checkbox"/> トイレ(誘導)	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ	<input type="checkbox"/> 夜間使用	<input type="checkbox"/> リフト浴	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> やや困難
<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 使用なし	<input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 困難
<input type="checkbox"/> ベッド上					

### ●病歴について

### ●特別な医療行為について

<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> その他 ( )
---	---

### ●精神状況について

認知症や精神疾患により下記の行動が見られる	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
有りの場合内容を記入	<input type="checkbox"/> 徘徊・他居室入室 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不潔行為・放尿・放便 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> その他( )
その他特記事項	

### ●生活環境について

住宅環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外( )
自宅での生活継続	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難(困難を選択した場合は下記内容を記入)
困難理由	<input type="checkbox"/> 介助者がいない <input type="checkbox"/> 介助者が高齢 <input type="checkbox"/> 介助者が病気療養中 <input type="checkbox"/> 介助者が病弱 <input type="checkbox"/> 介助者が育児中 <input type="checkbox"/> 介助者が就労中 <input type="checkbox"/> 介助者が多重介護 <input type="checkbox"/> 2階以上で自宅にエレベーターがない <input type="checkbox"/> 自宅が狭く介護に適さない <input type="checkbox"/> 自宅の老朽化が著しい <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> トイレやお風呂などを利用するのに階段昇降が必要 <input type="checkbox"/> その他( )

### ●その他留意点について(留意点がある場合は記入してください)

※下記資料を添付の上、ご提出をお願いいたします。

- ・介護保険証のコピー
- ・介護負担割合証のコピー
- ・介護負担限度額認定証のコピー(対象の方のみ)
- ・お薬手帳等の服薬内容がわかるもののコピー