



～ 入所希望者の状況 ～

同居者等の状況	<input type="checkbox"/> 独り暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ(配偶者の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 家族と同居 <b>【<input type="checkbox"/>配偶者( 歳)<input type="checkbox"/>子( 歳 歳)<input type="checkbox"/>孫( 人)<input type="checkbox"/>他( )】</b>	
介護者の状況	主な介護者が <input type="checkbox"/> いる【 <input type="checkbox"/> 同居(続柄 : 歳) <input type="checkbox"/> 別居(住所 )】 <input type="checkbox"/> いない 主な介護者は <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 仕事をしていない( <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気治療中 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 定年 ) (病弱、治療中、障害の内容 : )	
住居の状況等	現在の住居は <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外【 <input type="checkbox"/> 病院(名称 : ) <input type="checkbox"/> 施設等(名称 : )】 自宅以外の方 <input type="checkbox"/> 自宅に戻る <input type="checkbox"/> その他(親族宅等)に戻る <input type="checkbox"/> 戻る自宅がない <input type="checkbox"/> 退院・退所を迫られている	
介助を要する内容	食 事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>【主食：<input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>粥 <input type="checkbox"/>ミキサー】【副食：<input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>粗 <input type="checkbox"/>細 <input type="checkbox"/>ミキサー】</b>
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>【週 回入浴 <input type="checkbox"/>一般浴 <input type="checkbox"/>リフト浴 <input type="checkbox"/>特殊浴 <input type="checkbox"/>清拭】</b>
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>【<input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>ポータブルトイレ <input type="checkbox"/>オムツ <input type="checkbox"/>トイレとオムツ使用】</b>
	移 動	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
	移 乗	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> ほぼ寝たきりで介助が必要	
認知症	<input type="checkbox"/> 認 知 症(発症 : 程度 : ) <input type="checkbox"/> 徘徊(程度 : ) <input type="checkbox"/> 昼夜逆転(内容 : ) <input type="checkbox"/> 不 潔(内容 : ) <input type="checkbox"/> 自傷行為(内容 : ) <input type="checkbox"/> そ の 他(内容 : )	
医療行為	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他(具体的な内容 : ) 現在・過去の既往歴(病名・発症時期・主治医等) <b>[ ]</b>	
他施設 申込状況	既に申し込んでいる施設	
	申し込む予定の施設	
入所希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 今後必要となった場合に入所したい	
在宅での介護が 困難な理由を記 載して下さい。	<input type="checkbox"/> ケース記録添付	

