

| | | |
|----------|---------|--------------|
| 医療的処置の状況 | 医療的処置 | 有・無 必要な処置: |
| | 現病名や既往歴 | |

| | | |
|-----|-----|---|
| ADL | 食 事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【食事形態】 (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み 【義歯の状況】 <input type="checkbox"/> 利用していない(必要なし・紛失) <input type="checkbox"/> あり(上・下・部分入れ歯) |
| | 排 泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <small>【フォーマルトイレの使用】</small> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 【オムツ使用】 (頻度) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ (頻度) <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿取パッド |
| | 入 浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【浴槽の形態】 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 不明 |
| | 移 動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり |
| | 更 衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 視 力 | メガネの使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) |
| | 聴 力 | 補聴器の使用 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) |
| | 会 話 | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> 器具(筆談等も含む)を使用すればできる |
| | 習 慣 | |

| | |
|--------|--|
| 認知症の診断 | 診断あり • 診断なし ※診断のない方は、入所できません |
| 認知症状 | 1, 物を盗られたなどと被害的になる(実際は盗られていない物を盗られたと訴えること) 2, 作話(事実とは異なる話をする事) 3, 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる(悲しみや不安により涙ぐむ等) 4, 昼夜の逆転がある(夜間に何度も目覚め、疲労や眠気があり日中に活動できない) 5, しつこく同じ話をする 6, 大声を出す 7, 介護に抵抗する 8, 「家に帰る」等と落ち着きがない・あてもなく歩く(徘徊など) 9, 一人で外に出たがり目が離せない 10, いろいろなものを集めたり、無断で持ってくる 11, 物を壊したり、無断で持ってくる 12, ひどい物忘れ 13, 意味もなく独り言や独り笑いを 14, 自分勝手な行動をする 15, 話がまとまらず、会話にならない 16, 自傷・他害の恐れがある 【上記以外に困っている点等】 |

| | |
|------------|---|
| 他の施設への申込状況 | <input type="checkbox"/> 当施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる <input type="checkbox"/> これから他の施設にも申込み ※既に申込んでいる施設名: |
| 入所時期の希望 | <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 今後介護負担が重くなった際に入所したい |
| 特記事項 | <input type="checkbox"/> グループホームのショートステイがあるなら利用したい 緊急性 <input type="checkbox"/> 虐待が疑われる |