



(2)施設等に入所している場合

該当する項目一つに○をつけて下さい。	1、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅又は法令で定めるその他の福祉施設(介護付きの施設を除く。) 2、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設又は病院
--------------------	---

3、その他の事項(家族の状況、経済的な事情等、特に介護において困っている事があれば記入して下さい。)

--

4、介護者等の状況として、該当する項目一つに○をつけて下さい。  
(施設等に入所している場合を除く)

1、一人暮らしで介護者がいない。 2、介護者が要介護状態、病気療養中又は障害を有する事により、介護が困難。 3、介護者が要介護状態又は高齢者である事により、介護が困難。 4、一人暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受ける事が困難。 5、複数人を介護している為、介護が困難。 6、介護者が就労又は育児をしている為、介護が困難。 7、1から6まで以外の状態であるが、介護が困難
--

※入所申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ずご連絡下さい。



3、その他 申込み施設	
① 特別養護老人ホーム 市内・市外	② 老人保険施設 市内・市外
4、ご家族の状況として、該当する項目1つに○をつけて下さい。	
① ひとり暮らし	
②、 家族全員(未成年者を除く)が要介護状態、病气療養中又は障害を有するため、介護が困難。	
③、 家族全員(未成年者を除く)が要支援状態、又は75歳以上であるため、介護が困難。	
④、 同一世帯に要介護状態、病气療養中又は障害を有する者が複数いるため、介護が困難。	
⑤、 上記以外の状態で介護が困難。	
5、その他の事項 (家族の状況等、介護において特に困っていることがあれば記載してください。)	

◎ 入所申込書 記入要項

- \* I 「病气療養中又は障害を有する」とは、介護が困難なほどの病状であるもの又は障害が継続的に見込まれるものをいう。
- \* I・II 「日常生活圏域」とは、  
南部： 中央：  
北部：
- \* III 「主介護者」とは、本人と同居し、最も実質的・積極的に介護に関わっている者をいう。
- \* III-② 「要支援2以上の介護認定等」とは、「要支援2以上の介護認定」、「身体障害者手帳1級～3級」、「療育手帳A・B」、「精神障害者保健福祉手帳1級～3級」の所有者をさす。
- \* III-③ 就労時間は、一週間の就労時間の合計を5日で割ったときに算出される数字とする。
- \* III-⑥ 「他の家族」とは、同居中の者のみをさす。
- \* III-⑦ 「協力者なし」とは、世帯内に本人と介護者以外の成人がおらず、世帯外にも協力者がいない場合。  
「親族以外の協力者がいる」とは、世帯外の近所の者の協力等がある場合。  
「同居以外の親族の協力者がいる」とは、世帯外の親族から協力等ある  
「同居親族の協力者いる」とは、世帯内に本人と介護者以外の成人がいる場合。(成人が、⑥の介護・看護が必要な家族に該当する場合は、協力者とはしない。)
- \* III-⑧ 「過去の在宅介護期間」とは、要支援2以上の介護認定等を受けた本人を在宅介護した期間。

## 調 査 票

現況	独居・高齢者所帯・家族同居 入院中(病院名 _____)・入所中(施設名 _____) ・継続中の入院又は入所の開始日: _____年 _____月 _____日 ・申込日時の入所等の期間 ( _____年 _____月)					
生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		介助	自立・一部介助・全介助	
	食事	主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)		介助	自立・一部介助・全介助	
		副) 普通・一口大・きざみ・ミキサー				
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・便器・おむつ		介助	自立・一部介助・全介助	
	入浴	介助浴・座浴・特浴		介助	自立・一部介助・全介助	
送迎時の介助	車椅子・ストレッチャー		要 ・ 不要			
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	身長	cm	体重	kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	精神状態	安定・不安定(幻覚・興奮・攻撃・他)		
	発語	普通・やや不自由・不自由	認知症	無・有( _____ )		
	理解力	普通・分かりにくい・分からない	問題行動	無・有(徘徊・不潔行為・他 _____ )		
健康状況	現疾患			病歴		
	主治医			TEL		
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他( _____ )				
	感染症	無・有( _____ )		アレルギー	無・有( _____ )	
	皮膚刺激	普通・弱い		麻痺	無・有( _____ )	
	便秘	無・有(服薬: 無・有)		拘縮	無・有( _____ )	
	睡眠	良・不良(服薬: 無・有)		褥瘡	無・有( _____ )	
	嚥下	異常なし・むせる・つめる		湿疹	無・有( _____ )	
入れ歯	無・有(上・下)		口腔保清	要・不要( _____ )		
住環境	区分	持ち家・借家・高層住宅・ _____ 階 (エレベータ 有・無)				
	住宅改修	可・不可・改修済( _____ )				
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有(送迎・訪問・その他 _____ )				
【介護上の悩み・困っていること】 ※ 別の用紙にお書き頂いても結構です。						