特別養護老人ホーム小春日和 個別状況調査票　令和　　年　　月　　日

入居希望者氏名		記入者名	TEL　　（　　）
事業所名		事業所連絡先	

※該当する□にレ印のチェックを入れ、状況を記載下さい。

現在の住居	□自宅で一人暮らしをしている　□自宅で家族と暮らしている □老健・サ高住などの施設や病院に入居・入院している 施設又は病院名(　　に　平成・令和　　年　　月から)
入居希望者の背景理由	□単身世帯、高齢者世帯であり介護する者がいないため □介護する者が「障害」、「病気」、「高齢」等により介護することが困難なため① □介護する者が複数の家族の介護をしているため② □介護する者が育児や家族の看病をおこなっているため③ □介護する者が就労していて介護することが困難なため④ □同居の家族からの協力がない（もしくは協力者がいない）⑤ □別居の家族からの協力がない（もしくは協力者がいない）⑥ □居住環境等の事情により、十分な介護をすることが困難なため⑦ □施設や病院から退所（退院）を求められているため □その他（　　）
医療に関する状況	(特別な医療的対応)　□なし □経管栄養　□胃ろう　□経鼻　□喀痰吸引　□在宅酸素療法 □インシュリン注射　□人工肛門　□カテーテル留置 □その他（　　）
	（現病歴及び既往歴）※発症時期が分かるものは年月も記入も記入して下さい。
	病院名、科目名　　主治医名
認知症の状況と頻度	認知症高齢者の日常生活自立度　　障害高齢者の日常生活自立度　　※認定資料より転記して下さい
	□該当なし
	□徘徊　□不潔行為　□不穏行動　□自傷行為　□暴力行為 □昼夜逆転　□異食行動　□火の不始末　□被害妄想 □その他（　　）
	□ほとんど毎日　□週３～４回程度　□週１～２回程度　□月数回程度

日常生活・介護に関する状況	飲水食事摂取	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	排尿	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	排便	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	入浴	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	歩行	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	移乗	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　※移乗方法(　　)
	転倒	□なし　□あり　※頻度　□ほぼ毎日　□週 3～4 回程度□週 1～2 回程度□月数回程
	転落	□なし　□あり　※頻度　□ほぼ毎日　□週 3～4 回程度□週 1～2 回程度□月数回程
	使用福祉器具	□車イス　□エアベット　※その他(　　)
	衣類着脱	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助
	視力	□普通　□やや見えにくい　□かなり見えにくい　□全く見えない
	聴力	□普通　□やや聞こえにくい　□かなり聞こえにくい　□全く聞こえない
	意思の伝達	□普通　□やや伝えにくい　□かなり伝えにくい　□全く伝えられない
	内服薬	□なし　□あり　(　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助)

※1 既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状況も併せて照査すること。
※2 機能回復訓練の必要性では、どの程度訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
※3 居宅サービス利用票と別紙(写し)を添付すること。