特別養護老人ホーム『だて緑風園』 個別状況調査票

ふりがな		介護度	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度
対象者 氏名				

作成日	年　月　日	対応者	（続柄：　）
作成事業所名		事業所 連絡先	電 話：　—　—
作成担当者氏名			FAX：　—　—

◎ 該当するものに✔を入れ、その状況をご記入下さい。

現在の居所	☐ 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（誰と:　） ☐ 老健・サ高住などの施設へ入居、または病院に入院している （ 施設名または病院名 :　） （ 施設等へ入居・入院した時期 :　昭和 ・ 平成 ・ 令和　年　月 から ）
入居希望時期	☐ 早急に　☐ 半年以内　☐ 1年以内　☐ 順位到来時
入居希望の背景理由 （該当するもの全てを選択）	☐ 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない ☐ 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある ☐ 主介護者が育児、家族の看病等を行っている ☐ 主介護者が複数の家族等を介護している ☐ 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難 ☐ 同居家族や別居血縁者等による介護への協力がない ☐ 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある ☐ 居住環境の事情により充分な介護が困難である ☐ 介護保険施設、病院等に入院（入居）しているが、退院（退居）の求めがある ☐ その他 （　） ◆ 特記事項
居宅サービスの利用状況	☐ 有 ⇒　☐ 単位数の80％以上の利用　☐ 単位数の50％以上、80％未満の利用 ☐ 無　☐ 単位数の50％未満の利用 ◆ 経済的事由による利用制限の有無 ☐ 有 ⇒（　） ☐ 無
施設サービスの利用状況	☐ 有 ⇒（　） ☐ 無
認知症の状況と頻度	☐ 認知症 有 ⇒　症状：☐ 徘徊　☐ 不潔行為　☐ 不穏行動　☐ 自傷行為　☐ 暴力行為 ☐ 認知症 無　☐ 昼夜逆転　☐ 異食行動　☐ 火の不始末　☐ 被害妄想　☐ その他 頻度：☐ ほとんど毎日　☐ 週3～4回程度　☐ 週1～2回程度　☐ 月数回程度 ◆ 特記事項
医療に関する状況	◆ 既往症の有無 ☐ 有 ⇒（病名等 :　／病院名 :　／主治医 :　） ☐ 無 ◆ 特別な医療的対応 ☐ なし　☐ 経管栄養（☐ 胃ろう・☐ 経鼻）　☐ ｶﾃｰﾃﾙ留置　☐ 人工肛門　☐ ｲﾝｼｭﾘﾝ注射 ☐ 透析　☐ 在宅酸素療法　☐ 気管切開　☐ その他（　） ◆ 通院の有無 ☐ 有 ⇒（　） ☐ 無 ◆ 内服薬 ☐ 有 ⇒（　） ☐ 無 ◆ 特記事項

介護に関する状況							
	食事摂取・飲水	☐ 自立	☐ やや見守り	☐ 見守り	☐ やや一部介助	☐ 一部介助	☐ 全介助
	排　尿	☐ 自立	☐ やや見守り	☐ 見守り	☐ やや一部介助	☐ 一部介助	☐ 全介助
	排　便	☐ 自立	☐ やや見守り	☐ 見守り	☐ やや一部介助	☐ 一部介助	☐ 全介助
	入　浴	☐ 自立	☐ やや見守り	☐ 見守り	☐ やや一部介助	☐ 一部介助	☐ 全介助
	歩　行	☐ 自立	☐ やや見守り	☐ 見守り	☐ やや一部介助	☐ 一部介助	☐ 全介助
	衣服着脱	☐ できる	☐ できるが遅い	☐ かろうじて可能	☐ やや介助	☐ 一部介助	☐ 全介助
	視　力	☐ 普通	☐ 見えにくい	☐ 大きい活字だと見える	☐ 顔の輪郭がわかる		☐ 見えない
	聴　力	☐ 普通	☐ 聞こえにくい	☐ 少し大きい声で聞こえる	☐ 大きい声でないと聞こえない		☐ 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	☐ 自立	☐ やや見守り	☐ 見守り	☐ やや一部介助	☐ 一部介助	☐ 全介助

※ 既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査して下さい。
※ 居宅サービス利用票及び別表（写）を添付して下さい。