

ご参考までに記入してください。

入所希望者氏名

令和 年 月 日

食事	食べる	【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 】	主食	【 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> おもゆ <input type="checkbox"/> ミキサー 】
	手段	【 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク 【 <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう造設・鼻腔) 】	副食	【 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー 】
	制限	【 <input type="checkbox"/> 塩分(g) <input type="checkbox"/> カロリー(kcal) 【 <input type="checkbox"/> 水分(cc) 】	嚥下	【 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 時々むせる 】
			トロミ	【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】
排泄	排尿	【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない(~ 回/D) 】	排便	【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 便秘 (回/W) 】
	尿意	【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】	便意	【 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 】
	手段	【 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> リハパン 【 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルン留置 】	手段	【 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> リハパン 【 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストーマ造設 】
入浴	手段	【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴() 】	面会等	※入所・入院中の方のみ 面会状況 【 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 月に1~2回 <input type="checkbox"/> 数カ月に1回 【 <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> なし 】
	入浴回数	【 (回/W) 】		
移動	移乗	【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 】	手段	【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 【 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> ストレッチャー 】
	移動	【 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 】	転倒の	【 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> なし 】
	介助	【 <input type="checkbox"/> 一人介助 <input type="checkbox"/> 二人介助 <input type="checkbox"/> その他() 】	リスク	【 3カ月以内の転倒 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 】
認知症状	症状 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他傷行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴) 【 <input type="checkbox"/> その他() 具体的内容 () <input type="checkbox"/> 無			
精神状態	症状 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動があり、専門医療を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたし、常時介護を要する 具体的内容 () <input type="checkbox"/> 無			
医学的処置	症状 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インシュリン注射(<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 無			
その他	介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階① <input type="checkbox"/> 3段階② 】 <input type="checkbox"/> 無(4段階) <input type="checkbox"/> 申請中 入所希望居室 <input type="checkbox"/> 従来型多床室 <input type="checkbox"/> 従来型個室 <input type="checkbox"/> ユニット型個室			

※本人の心身状態を把握している方が記入してください。(介護支援専門員・SW等)

※ご提出の際は、介護保険被保険者証 介護保険負担限度額認定証

介護保険負担割合証

の写しを1枚ずつ添付してください。

※ご不明な点は 特別養護老人ホーム とそ清風園 Tel 099-286-6363
までおたずねください。