



身体 の 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔食事の種類〕 普通 ・ 全粥 ・ 刻み ・ ミキサー ・ 経管栄養
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔移動の方法〕 自力歩行 ・ 杖使用 ・ 車椅子使用 ・ 寝たきり
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔オムツの使用〕 あり ・ なし
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〔入浴の種類〕 一般浴 ・ リフト浴 ・ ストレッチャー浴
	更衣整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 難しい 〔困っていること〕
認知症 の 状 況	ある ・ なし      (「ある」の場合下記のご記入をお願いします)	
	次にあげるような症状がありますか？ あてはまる番号全てに○をつけて下さい。 1・記憶力の低下(直前の記憶が無く、同じことを繰り返したり、何度も同じことを聴いたりする。) 2・理解・判断力の低下(言葉や単語の意味を理解することが困難になり、簡単な質問にも答えられないことがある。) 3・見当識の障害(今の時間や今いる場所、今一緒にいる人が解らない事がある。) 4・昼夜逆転(昼間に寝て、夜中になると起きてくることもある。また、不安から、夜中に奇声を発したり、動き回ったりする) 5・徘徊(目的もなく歩き続けたり、ウロウロすることがある) 6・妄想・幻覚(「お金を盗られた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、見えないものが見えることがある、誰もいないのに会話をしたりする) 7・収集癖(自分のものではない物や、必要でない物を持ち帰る行動がみられる) 8・その他	
医療的 処 置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他(      ) ◆既往歴 1)      2)      3) ◆現在治療中の病気及び医療機関	
特例入 所 の 該 当 要 件	<input type="checkbox"/> 認知症であるものであって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られている <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られている <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる事等により、心身の安全・安心の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である (指定介護老人福祉施設以外での生活が著しく困難な理由) ※特例入所要件に関する在宅生活が困難な状態等について、具体的な理由をご記入下さい。	
	今すぐ入所する意思がありますか？	今すぐ ・ 数ヵ月後 ・ 1年以上
申 込 み 理 由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 介護する者が仕事をしていて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 病院や施設から退院(退所)を求められているため	

ご本人の状況をより詳しく把握するために、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報を得てもよろしいでしょうか。よろしければ、下記に署名、押印をお願い致します。

氏名(本人) \_\_\_\_\_ (印)

代筆者 \_\_\_\_\_ (印)