

ぬく井の杜 生活状況記入票

入所申し込み時点で関わりのある介護支援専門員や施設・病院職員等の専門職（相談員・看護師等）に記入を依頼してください。

入所希望者氏名： _____ 記入日： _____

要介護度： _____ 介護保険負担割合： _____ 介護保険負担限度額認定証： _____ 段階

下記設問の該当欄に をしてください。記入欄がある場合は記入して下さい。

1. 生活状況について

- ✓ 自宅で独居 / 家族と同居（配偶者のみ / その他家族と同居）
施設・病院等に入所（入所先： _____)
- ✓ 在宅介護サービスの利用：
訪問介護 / 訪問看護 / 通所サービス / ショートステイ / その他（ _____)

2. 健康状態・身体状況について

- ✓ 治療中の病気等：(_____)
- ✓ 行っている医療行為など：
尿管カテーテル / 人工肛門 / 酸素療法 / 痰吸引 / インシュリン注射 / 胃ろう等
- ✓ 麻痺：有り（部位：右上肢 / 左上肢 / 右下肢 / 左下肢） / 無し
- ✓ 拘縮：有り（部位：肩関節 / 肘関節 / 股関節 / 膝関節 / その他 _____) / 無し
- ✓ 健康状態・身体状況についての特記事項

3. 生活動作について

- ✓ 移動：自立 / 一部介助 / 杖・歩行器を使用 / 車椅子を使用
- ✓ 移乗：自立 / 一部介助 / 全介助
- ✓ 食事：自立 / 一部介助 / 全介助
食事形態：常食 / 一口大 / 刻み食 / ミキサー食 / ペースト食 / その他（ _____)
食事摂取量：10割 / 5割程度 / 1~2割 / ムラあり
ムセ込み：有り / 無し
- ✓ 排泄：自立 / 一部介助 / 全介助
使用物品：オムツ / リハビリパンツ / パット / ポータブルトイレ / その他（ _____)
- ✓ 睡眠：普通 / 眠れないことがある / 不眠 / 睡眠薬を使用
- ✓ 生活動作についての特記事項

4 . 認知症状・精神状態について

✓ 認知症の診断：有り（アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・その他） / 無し

✓ 認知症の症状：

幻視・幻聴 / 昼夜逆転 / 暴言暴行 / 徘徊 / 介護拒否・抵抗 / 不潔行為

大声を出す / 異食行為 / 自傷行為 / 被害妄想 / 収集癖 / ひどい物忘れ

✓ 認知症状・精神状態についての特記事項

5 . その他特記事項

記載者氏名： _____

入居希望者との関係： _____

所属事業所名： _____

連絡先： _____

以上