

本人の状況 申立書

1 入所希望者の身体状況等(ケアマネジャーに相談し、ご記入下さい。)

身体状況	歩行：自立・杖歩行・介助歩行・車椅子・歩行不可 排泄：自立・介助で可・誘導必要・ポータブル使用・おむつ使用 食事：自立・見守り必要・誘導必要・全介助 入浴：自立・見守り必要・一部介助・清拭のみ・全介助
その他 身体状況	視力（普通・弱視・全盲） 聴力（普通・やや難聴・難聴） 言語（普通・障害有） 麻痺（有・無）【具体的に：
認知症高齢者の 日常生活自立度 判定基準および 精神状態	認知症の症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※「あり」の場合 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M 精神状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 問題行動 <input type="checkbox"/> やたらに物を口に入れる。 <input type="checkbox"/> 物を拾い集める。 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 大声・奇声をあげる。 <input type="checkbox"/> 火の扱い <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的異常行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不穏興奮
居宅介護サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与
医療の状況	現病名 現在の治療・投薬 既往症(病歴) かかりつけ医 病院名 担当医 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() (特記事項)
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金(国・厚・共・他) 1ヶ月 円 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他
担当ケアマネジャー	事業所名 担当者名 (特記事項) 電話番号 ()