

特別養護老人ホーム「みほた」個別状況調査票①

対象者氏名		記入者名	事業所名

主な介護者	フリガナ			性別	入所希望者との続柄	
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	<input type="checkbox"/> 入所希望者と同じ住所	〒	-		
		<input type="checkbox"/> 入所希望者と違う住所	→			
	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	月	日 (歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
<input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> 就労している (週 日、週 時間程度)						

家族等の状況	家族図 《世帯や支援者等》	氏名	続柄	年齢	住まい
	男性・ <input type="checkbox"/> 女性・ <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 死亡・ <input type="checkbox"/> 又は● 本人世帯は <input type="text"/>				

収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金	生活保護	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	¥ / 2ヶ月	世帯住民税	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯

入所希望者の背景(該当するものを全てを選択) ※具体的に記入して下さい	<input type="checkbox"/> 単身世帯、高齢者世帯等で家族等の介護者がいない	
	<input type="checkbox"/> 主な介護者が高齢(65歳以上)、障害、慢性の病気により介護が困難な状況にある (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 主な介護者が育児を行っている 又は 3ヶ月以上看病等が必要な家族がいる (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 主な介護者が複数の家族等を介護している (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 介護者の就労により介護が困難 又は 介護により生計維持者の就労が困難 (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 主な介護者以外に同居家族による介護への協力が無い (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 別居血縁者による介護への協力が無い 又は 少ない (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく疲弊しており、十分な介護が困難な状況にある (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 介護にかかる経済的負担が非常に大きい (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情(借家、山間部等)により十分な介護が困難である (具体的に:)	
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設、病院等に入院(入所)しているが、退所(退院)の求めがある (いつ頃まで:)	
<input type="checkbox"/> その他 (具体的に:)		

入所検討にあたって、特に配慮してほしい事があればご記入下さい	
--------------------------------	--

特別養護老人ホーム「みほた」個別状況調査票②

介護に関する状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	(眼鏡使用 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし)	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞えにくい	<input type="checkbox"/> 聞えない	(補聴器使用 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし)	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(<input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> 歩行器 ・ <input type="checkbox"/> 杖)	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (Kcal)	
		主食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー
	副食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他 ()
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> 座位浴 <input type="checkbox"/> 臥位浴)	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 特別な場合を除いてできる	<input type="checkbox"/> 日常的に困難	<input type="checkbox"/> できない	
麻痺	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(<input type="checkbox"/> 左上肢 ・ <input type="checkbox"/> 右上肢 ・ <input type="checkbox"/> 左下肢 ・ <input type="checkbox"/> 右下肢)			
拘縮	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	(<input type="checkbox"/> 肩関節 ・ <input type="checkbox"/> 股関節 ・ <input type="checkbox"/> 膝関節 ・ <input type="checkbox"/> その他)			
医療の状況	病歴 (病名・時期)					
	かかりつけ病院 医師名	○ 病院名 () / ○ 主治医 ()				
		○ 病院名 () / ○ 主治医 ()				
特別な医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()					
認知症の行動・心理症状の頻度	認知症等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名:) <input type="checkbox"/> 精神疾患 ()				
	暴言や暴行をすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	訳もなく大声や奇声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	外出して家に戻れないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	一人で外に出たがり目が離せない状況が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	火の不始末が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	排泄物を弄るなどの不潔行為が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	食べ物ではないものを口に入れてしまうことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	夜間の不眠や昼夜逆転が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	物盗られ等の妄想が	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	事実と異なる話(作話)をすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	実際にはないものを見聞きすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	喜怒哀楽の感情が不安定なことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	しつこく同じ話をしたり不快な音を出すことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	「家に帰る」など落ち着かないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	いろいろな物を集めたり無断で持ってくるものが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	物や衣類を壊したり破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
	ひどい物忘れにより周囲に迷惑をかけることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある	
意味もなく独り言や独り笑いをすることが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある		
自分勝手に行動することが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある		
話がまとまらず会話にならないことが	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 月1~3回ある	<input type="checkbox"/> 週1~3回ある	<input type="checkbox"/> 毎日ある		
その他症状 補足事項						