

生活状況等調書

※この書類の作成に当たっては、直近の状態の分かる専門職(ケアマネジャー・病院の相談員等)に必ずご相談ください。

記入者氏名() 関係()

入居希望者の状況																													
日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2																												
認知症自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ II A ☐ II B ☐ III A ☐ III B ☐ IV ☐ M																												
身体 の 状況	食事 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助 [食事の種類 ☐ 常食 ☐ 半粥 ☐ 全粥 ☐ ミキサー]																												
	排泄 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助 [おむつの使用 ☐ なし ☐ 昼夜 ☐ 夜間のみ]																												
	入浴 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助 ☐ 4 行っていない(清拭など)																												
	着脱衣 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助																												
	移動 ☐ 1 自立 ☐ 2 一部介助 ☐ 3 全介助 [歩行 ☐ つかまり歩き ☐ 杖使用 ☐ 車椅子 ☐ ねたきり]																												
	視力 ☐ 1 普通 ☐ 2 やや悪い ☐ 3 人の動きがわかる程度																												
	聴力 ☐ 1 普通 ☐ 2 やや悪い ☐ 3 大声が聞き取れる [補聴器 ☐ 使用あり]																												
	言語 ☐ 1 普通 ☐ 2 聞き取りにくい ☐ 3 聞き取れない																												
認知症等による症状	※次のような行動がある場合は、すべてにチェックを入れてください。(複数可) 症状については、過去6か月程度の状態を参考としてください。 「時々ある」…月に1回以上行動がある場合／「常にある」…週に1回以上行動がある場合 <table><tr><td>1 乱暴なふるまいを行う</td><td>☐ 該当なし</td><td>☐ 時々ある</td><td>☐ 常にある</td></tr><tr><td>2 自分の体を傷つける</td><td>☐ 該当なし</td><td>☐ 時々ある</td><td>☐ 常にある</td></tr><tr><td>3 火の不始末がある</td><td>☐ 該当なし</td><td>☐ 時々ある</td><td>☐ 常にある</td></tr><tr><td>4 徘徊し迷子になったことがある</td><td>☐ 該当なし</td><td>☐ 時々ある</td><td>☐ 常にある</td></tr><tr><td>5 興奮したり騒いだりする</td><td>☐ 該当なし</td><td>☐ 時々ある</td><td>☐ 常にある</td></tr><tr><td>6 不潔な行為がある</td><td>☐ 該当なし</td><td>☐ 時々ある</td><td>☐ 常にある</td></tr><tr><td>7 異食することがある</td><td>☐ 該当なし</td><td>☐ 時々ある</td><td>☐ 常にある</td></tr></table>	1 乱暴なふるまいを行う	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある	2 自分の体を傷つける	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある	3 火の不始末がある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある	4 徘徊し迷子になったことがある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある	5 興奮したり騒いだりする	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある	6 不潔な行為がある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある	7 異食することがある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある
1 乱暴なふるまいを行う	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある																										
2 自分の体を傷つける	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある																										
3 火の不始末がある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある																										
4 徘徊し迷子になったことがある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある																										
5 興奮したり騒いだりする	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある																										
6 不潔な行為がある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある																										
7 異食することがある	☐ 該当なし	☐ 時々ある	☐ 常にある																										
疾病 の 状況 *現在治療中の病気・今までかかった病気	<table><thead><tr><th>病名</th><th>医療機関</th><th>治療期間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中</td></tr><tr><td></td><td></td><td>年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中</td></tr></tbody></table>	病名	医療機関	治療期間			年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中			年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中			年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中																
病名	医療機関	治療期間																											
		年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中																											
		年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中																											
		年 月頃～ 年 月頃 ☐ 現在治療中																											
医療的ケアの要否	<table><tr><td>☐ 該当なし</td><td>☐ ストーマのケア</td><td>☐ 酸素吸入のケア</td><td>☐ 気管切開のケア</td></tr><tr><td>☐ 点滴</td><td>☐ 胃ろう等による栄養管理</td><td>☐ インスリン注射</td><td>☐ 喀たん吸引</td></tr><tr><td>☐ 尿道カテーテル</td><td>☐ その他()</td><td></td><td></td></tr></table> ※「インスリン注射」を選択した場合 注射の回数 ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 就寝前 ※「喀たん吸引」を選択した場合 吸引の頻度 ☐ 日中 ☐ 夜間	☐ 該当なし	☐ ストーマのケア	☐ 酸素吸入のケア	☐ 気管切開のケア	☐ 点滴	☐ 胃ろう等による栄養管理	☐ インスリン注射	☐ 喀たん吸引	☐ 尿道カテーテル	☐ その他()																		
☐ 該当なし	☐ ストーマのケア	☐ 酸素吸入のケア	☐ 気管切開のケア																										
☐ 点滴	☐ 胃ろう等による栄養管理	☐ インスリン注射	☐ 喀たん吸引																										
☐ 尿道カテーテル	☐ その他()																												

様式2 裏面

家族状況	氏名 (1に主な連絡先となる方を記入)		年齢	続柄	同居 別居	勤労・健康・障害など (別居の場合は住所を記入)	
	1				☐ 同 ☐ 別		
	2				☐ 同 ☐ 別		
	3				☐ 同 ☐ 別		
	4				☐ 同 ☐ 別		
	5				☐ 同 ☐ 別		
担当ケアマネ ジャー等	フリガナ			事業所名			
	氏名			電話番号			
現在利用 している 居宅 サービス等	☐ 1 訪問介護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション (月 回程度) (ホームヘルプサービス)						
	☐ 2 訪問看護、居宅療養管理指導 (月 回程度)						
	☐ 3 通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション (月 回程度) (デイサービス、デイケア)						
	☐ 4 短期入所生活介護・療養介護 (月 回程度) (ショートステイ)						
	☐ 5 (看護)小規模多機能型居宅介護 通い (月 回程度) 宿泊 (月 回程度) 訪問 (月 回程度)						
	☐ 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 訪問 (月 回程度)						
	☐ 7 その他(介護保険制度以外を含む) ()						
	☐ 8 利用していない 理由()						
その他	*生活状況等、 特記すべき事項 があれば記入し てください。						