

# 個別状況調査票

記入日 令和 年 月 日 記入  
回答者 記入者 (続柄 )  
連絡先 電話番号  
携帯番号

下記の質問を読み、該当するものに○やチェックを付けて下さい。また、カッコ内に記入をお願いします。

## 1. 入所希望の状況についてお尋ねします。(入所申し込みの再確認です。)

会津みどりホームの入所を	1. 希望する	2. 希望しない
	↓	↓
		2. を選択された方は質問終了です。

1. 希望するとお答えの方は、以下の質問にお答え下さい。

施設に	1. 今すぐにも入所したい ( A.半年以内 B.一年以内 C.順番がきたら 入所したい)	2. 将来的に入所したい
-----	---	--------------

## 2. 入所を希望する理由についてお尋ねします。(該当項目を全て選んで下さい。)

<input type="checkbox"/> 介護者がいないため(独居)
<input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病等により十分な介護が困難なため(高齢者世帯等)
<input type="checkbox"/> 介護者が就労しており、十分な介護が困難なため
<input type="checkbox"/> 介護者が育児等をしており、十分な介護が困難なため
<input type="checkbox"/> 介護者が複数の介護を行っており、十分な介護が困難なため
<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため
<input type="checkbox"/> 介護者が遠距離に在住しており、介護が望めないため
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため (具体的内容: )
<input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため
<input type="checkbox"/> 現在、施設や病院等から退所・退院を求められているが、在宅での生活が困難なため
<input type="checkbox"/> その他( )

## 3. 入所希望者の現在の状況についてお尋ねします。

1. 在宅	2. 介護保険施設に入所中	3. 病院に入院中	4. その他
↓	↓		
	2. 3. 4と答えた方は、質問5にお進み下さい。		

1. と答えた方は質問4にお進み下さい。

## 4. 現在の介護保険利用状況についてお尋ねします。

現在、介護サービスを利用	1. している	2. していない
	↓ 1. とお答えの方についてお尋ねします。	

介護サービス計画書(ケアプラン)作成居宅介護支援事業所(在宅介護支援センター)名	
事業所名: ( )	
担当介護支援専門員(ケアマネジャー) 氏名:( )	
現在利用しているサービス ※該当するものに○を付けて下さい。	
1. 通所サービス( /週回)    2. ホームヘルプサービス( /月回)    3. 短期入所サービス( /月日)	
4. 訪問看護( /月回)    5. 訪問入浴 ( /月回)    6. 訪問リハビリ ( /月回)	
7. その他( )	
サービスの利用状況	□ 単位数の80%以上利用している □ 単位数の50%以上80%未満利用している □ 単位数の50%未満利用している
□無    □有	

## 5. 現在の状況についてお尋ねします。

◆施設(病院)の名称 ( ) ◆退所(院)を求められて いる いない

入所(院)の時期 ( 昭和・平成・令和 年 月 日 から )

入所(院)の理由・入所(院)に至る経緯 ( )

### 6. 世帯の状況についてお尋ねします。

- 単身世帯(1人暮らし)
- 高齢者世帯(同居者全員が65歳以上. 若しくは要介護認定を受けている)
- 家族と同居

※同居する者がいる場合には、同居する世帯構成員を全てご記入下さい。(入所希望者本人については、記入不要。)

氏名:	生年月日: 年 月 日	続柄:	就労の有無: 有・無
氏名:	生年月日: 年 月 日	続柄:	就労の有無: 有・無
氏名:	生年月日: 年 月 日	続柄:	就労の有無: 有・無
氏名:	生年月日: 年 月 日	続柄:	就労の有無: 有・無
氏名:	生年月日: 年 月 日	続柄:	就労の有無: 有・無
氏名:	生年月日: 年 月 日	続柄:	就労の有無: 有・無
氏名:	生年月日: 年 月 日	続柄:	就労の有無: 有・無

### 7. 入所希望者の親族(近親者)の状況についてお尋ねします。

・入所希望者に配偶者は、1. いる(同居・別居) 2. いない(未婚・離婚・死別)

・入所希望者に子は、1. いる( 人) 2. いない

<子について>		備考欄
第1子氏名:	続柄:	同居・別居( 在住)
第2子氏名:	続柄:	同居・別居( 在住)
第3子氏名:	続柄:	同居・別居( 在住)
第4子氏名:	続柄:	同居・別居( 在住)
第5子氏名:	続柄:	同居・別居( 在住)

・入所希望者には、交流のある孫が 1. いる 2. いない

・入所希望者には、交流のある兄弟姉妹が 1. いる 2. いない

・入所希望者には、交流のある甥や姪が 1. いる 2. いない

フリースペース (家族図等)

### 8. 介護者の状況についてお尋ねします。



	いつ頃	病名	医療機関名・医師
1			
2			
3			
4			
5			
6			

・特別な医療について

- 経管栄養( 鼻腔 ・ 胃瘻 )     褥瘡(床ずれ)の処置     透析( 回/週 医療機関名: )  
 在宅酸素療法     気管切開     中心静脈栄養     インスリン注射 ( 回/日 )     尿道カテーテル  
 人工肛門     痰の吸引(頻度: )     ペースメーカー     その他( )

・身体状況について

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助    ※食事制限( 有 ・ 無 ) 【主食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟らかいご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 【副食】 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 一口大刻み <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー 【水分】 <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> スロー <input type="checkbox"/> とろみ剤の使用( 有 ・ 無 ) <特記事項>
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> テープ止めオムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿瓶・尿器 <特記事項>
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 家庭浴槽 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 座位式浴槽 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <特記事項>
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行( 介助不要・介助が必要 ) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカーや歩行器等 <input type="checkbox"/> 普通型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング式車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド <特記事項>
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> 目の前は見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不明 <input type="checkbox"/> 見えているか判断不能 <input type="checkbox"/> 眼鏡
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 大きな声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえているか判断不能 <input type="checkbox"/> 補聴器
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 失語症 <特記事項>
意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんど出来ない <input type="checkbox"/> できない <特記事項>
睡眠	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 不良 <特記事項>

10. 入所希望者の認知症の状況についてお尋ねします。

・認知症の診断を受けて 1. いる 2. いない

・物忘れについて 1. ない 2. ある (ア)2～3日前のことを忘れてれてしまう (イ)直前のことも忘れてしまう

認知症の行動・心理症状について 1. ない 2. ある

※認知症の行動・心理症状の頻度: 1. ほぼ毎日みられる 2. 週1～3回みられる 3. 月1～3回みられる 4. 無

	問題行動	問題行動の頻度	具体的にご記入下さい
1	暴言暴行がある	1・2・3・無	
2	大声を出す	1・2・3・無	
3	介護に抵抗がある	1・2・3・無	
4	目的もなく動き回る	1・2・3・無	
5	外出して戻れなくなる	1・2・3・無	
6	1人で外に出たがり目が離せない	1・2・3・無	
7	火の不始末がある	1・2・3・無	
8	不潔行為がある	1・2・3・無	
9	異食行動がある	1・2・3・無	
10	昼夜逆転がある	1・2・3・無	
11	物盗られなど被害妄想がある	1・2・3・無	
12	作話がある	1・2・3・無	
13	幻視、幻聴がある	1・2・3・無	
14	感情が不安定になる	1・2・3・無	
15	しつこく同じ話したり、不快な音を立てる	1・2・3・無	
16	「家に帰ると」落ち着きがない	1・2・3・無	
17	収集癖がある	1・2・3・無	
18	物や衣類を壊す	1・2・3・無	
19	ひどい物忘れがある	1・2・3・無	
20	意味もなく独り言、独り笑いをする	1・2・3・無	
21	自分勝手に行動する	1・2・3・無	
22	話しがまとまらず会話にならない	1・2・3・無	
23	その他の行動・心理症状		

[ 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M ]

ご記入、ありがとうございました。

※申込書に添えて提出する書類

- 1、入所希望者の介護保険被保険者証(写)
- 2、入所希望者の介護保険負担割合証(写)
- 3、入所希望者の健康保険証(写)
- 4、入所希望者の介護保険負担限度額認定証(写)…該当されている方のみ提出して下さい。
- 5、直近の利用票及び別表(写)…在宅サービスを利用されている方のみ提出して下さい。