

生活状況等調査票

入居希望者氏名 月見 まもる

記入日：令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

記入者： 月見 里子関係： 長男嫁

入居希望者本人の状態を把握している方がご記入ください。ご不明な点は担当ケアマネージャーなどにご確認いただき、該当する項目に☑、または記入してください。

【 入居希望者本人の状況 】

食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可 ()
	形態	主食： <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()
		副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<u>一口大</u>)
嚥下	<input type="checkbox"/> むせなし <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> トロミ剤使用	
排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導、一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()
	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 排便困難時の対応 ()
	下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input checked="" type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> その他 ()
	場所	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (<u>夜はオムツ</u>)
入浴	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	方法	<input type="checkbox"/> 家庭の浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス <input type="checkbox"/> 施設一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> 施設機械浴
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
動作等	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 (<input checked="" type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)
	立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
	座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可
身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input checked="" type="checkbox"/> 見えにくい (<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 見えない (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input checked="" type="checkbox"/> 聞こえにくい (<input type="checkbox"/> 補聴器使用) <input type="checkbox"/> 聞こえない (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)
	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 疎通できる <input checked="" type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できない

【 認知症等の状態 】

症状と受診状況	<input type="checkbox"/> 無
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 受診をしている：医療機関名 (<u>〇〇病院 〇〇科</u>) <input type="checkbox"/> 受診をしていない
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言や暴力的な行動 <input type="checkbox"/> 排泄物をいじる等の不衛生な行動 <input type="checkbox"/> 被害的妄想
	<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗や拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 生活リズムの崩れ <input type="checkbox"/> 大声や奇声
<input checked="" type="checkbox"/> 事実と異なる話をする <input type="checkbox"/> 物を集める、無断で持ってくる <input type="checkbox"/> 身近な人がわからない	
<input checked="" type="checkbox"/> 時間や場所がわからない <input type="checkbox"/> その他 ()	
認知症における日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
認知症以外の精神疾患等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有：疾病名 (<u>例：躁うつ病 など</u>)

【医療の状況】

入居希望者氏名 月見 まもる

治療中の主な病気 : <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有			
いつから	病名	治療内容	
年 月(歳)		服薬治療	通院治療 往診 経過観察
年 月(歳)		服薬治療	通院治療 往診 経過観察
年 月(歳)		<p style="color: red;">現在、治療中の病気があれば記入して下さい。発症した年齢や現在の治療内容も記入して下さい。</p>	
主治医	医療機関名	主治医氏名	受診等頻度
	<p style="color: red;">かかりつけの先生や病院名を記入して下さい。内科以外にも整形外科など、専門外来を受診していれば記入して下さい。</p>		月・週 / 回
			月・週 / 回
月・週 / 回			
既往歴（できるだけ詳しく記入して下さい）			
いつごろ	病名	入院歴	手術歴
年 月(歳)		有・無	無・有(年 月 病院 :)
年 月(歳)		有・無	無・有(年 月 病院 :)
年 月(歳)		有・無	無・有(年 月 病院 :)
<p style="color: red;">今まで、入院や手術を受けた事のある疾病・病院名を記入して下さい。年齢もしくは時期についても記入をして下さい。</p>			
特別な医療	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 該当している医療行為があれば、チェックマークを入れて下さい。		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> インシュリン（1日 回） <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門）		
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡（部位： 仙骨部 ） <input type="checkbox"/> 感染症（ ）		
<input type="checkbox"/> その他（ ↑褥瘡の既往がある方は、部位を記入して下さい。 ）			
その他	治療中の病気などでの特記事項や、病状に関するご意向等があればご記入下さい。		

【主介護者の状況について】

主に、入居希望者の介護をされている（されていた）ご家族様の状況についてご記入下さい。**現在、入院中や老健にいる方は自宅にいた頃に主に介護されていた方です。**

フリガナ	ツキミ サトコ	性別		生年月日		続柄	
氏名	月見 里子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平	〇年〇月〇日生（〇〇歳）		長男嫁	
居住関係	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____） 別居の場合、入居希望者宅までの所要時間（ _____ 分）						
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労していない <input checked="" type="checkbox"/> 就労している（週5日、週 _____ 時間程度、職種 〇〇にて、短時間勤務 _____）						
健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・慢性疾患等で定期的に通院中（病名： _____） ・入院していないが継続的な治療を要する（病名： _____） ・要入院加療（ _____ ケ月程度、病名： _____）						
身体状況	障害 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ 級・障害の種類 _____）						
要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（要支援 _____ ・要介護 1・2・3・4・5）						
介護の負担感	<input type="checkbox"/> それほど負担とっていない <input checked="" type="checkbox"/> 負担に感じるが仕方がないと思っている <input type="checkbox"/> かなり負担に感じる （具体的な内容： _____）						
他家族の状況	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 _____ 歳） <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病（付添い）の必要な家族がいる（自宅療養・入院中 _____） <input checked="" type="checkbox"/> 入居希望者以外に介護の必要な家族がいる（要支援 _____ ・要介護 <input checked="" type="radio"/> 1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 介護の必要な障害を有する家族がいる（ _____ 級・障害の種類： _____）						
介護協力者	<input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる（入居希望者との関係： _____） <input checked="" type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる（入居希望者との関係： 長女 _____） <input type="checkbox"/> 親族以外に近隣者等の協力者がいる <input type="checkbox"/> 協力してくれる人はいない						
介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項について記入してください <p style="text-align: center;">入居希望者に対する介護で、困っている事などがあれば記入して下さい。</p>							

【家族・親族の状況①】

入居希望者氏名 月見 まもる

同居の家族（配偶者、父母、子、孫、兄弟姉妹）について記入してください

主介護者	フリガナ	続柄	生年月日（年齢）	健康状態	就 労 等
	氏 名			疾患名	
<input type="checkbox"/>	ツキミ モリオ	長男	明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
	月見 杜夫			〇〇〇〇	している：勤務先 (〇〇〇サービス) 常勤・短時間・学生・他
連絡先		携帯：〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 勤務先：〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
<input checked="" type="checkbox"/>	ツキミ サトコ	長男嫁	明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
	月見 里子				している：勤務先 (〇〇〇) 常勤・短時間・学生・他
連絡先		携帯：〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 勤務先：〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
<input type="checkbox"/>	ツキミ 〇〇	孫	明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
	月見 〇〇				している：勤務先 () 常勤・短時間・学生・他
<p>入居希望者と同居(住所が同じ)している方を記入して下さい。</p> <p>配偶者、父母、子、孫、兄弟姉妹</p>					
<input type="checkbox"/>			() 歳		() 常勤・短時間・学生・他
連絡先		携帯： () 勤務先： ()			
<input type="checkbox"/>			明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳	良・持病あり	していない
					している：勤務先 () 常勤・短時間・学生・他
連絡先		携帯： () 勤務先： ()			

【家族・親族の状況②】

入居希望者氏名 月見 まもる

別居の家族（配偶者、父母、子、孫、兄弟姉妹）について記入してください

主な 介護者	フリガナ	続柄	住所	
	氏名		生年月日（年齢）	就労等
□	〇〇 〇〇	長女	〒〇〇〇-〇〇〇〇 宇都宮市〇〇1234-56	
	〇〇 〇〇		明・大・昭・平・令 〇 年 〇 月 〇 日生（ 〇 歳 ） 勤務先（ ）常勤・短時間・学生・無職・その他	
	連絡先	自宅： 〇〇〇 （ 〇〇〇 ） 〇〇〇〇	携帯： 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
□			〒	
			明・大・昭・平・令 年 月 日生（ ） 勤務先（ ）常勤・短時間・学生・無職・その他	
	連絡先	自宅： （ ）	携帯： （ ）	
□			〒	
			） ・無職・その他	
□			） ・配偶者、父母、子、孫、兄弟姉妹など	
			） ・無職・その他	
□			）	
			勤務先（ ）常勤・短時間・学生・無職・その他	
	連絡先	自宅： （ ）	携帯： （ ）	

以下の写し（コピー）を添付してください

① 介護保険被保険者証

② 介護保険負担割合証

③ 介護保険負担限度額認定証（対象の方・市町村に申請が必要です）

※有効期限を確認いただき、最新のを添付してください。

身元引受等に関する覚書

(有)ケアサポートまもる 代表取締役
社会福祉法人愛美会 理事長 家守美由紀様

入居希望者氏名 月見 まもる 

(生年月日 ○○年 ○月 ○○日生)

私の施設入居後、将来のことについては親族等と相談した結果、**次の者を親族等の代表者**と定めたので、私に係わる身元引受あるいは、私に関する相談等については、次の者に連絡をしてください。また、次の者に連絡がとれない場合は、指定する順位に従って連絡してください。なお、遺留金品の引き渡しは民法の手続きに従って行ってください。

氏名		印	続柄	
住所	〒			
電話	自宅	親族の代表者を記入して下さい。)
	勤務先			

上記の者に連絡がつかなくなった場合は次の順に行ってください

1	氏名		印	続柄	
	住所	〒			
	電話	自宅	()	携帯	()
勤務先		()	勤務先名		

2	氏名	代表者に連絡が取れなくなった時、ご連絡の取れる方を3名記入して下さい。				
	住所				〒	
	電話				自宅	()
勤務先		()	勤務先名			

3	氏名		印	続柄	
	住所	〒			
	電話	自宅	()	携帯	()
勤務先		()	勤務先名		

(月見 まもる)に係る身元引受等について、本人及び親族等と相談した結果は上記のとおりであることに相違ないことを各自が押印することにより確認しました
令和 ○年 ○月 ○日

親族代表者氏名 親族の代表者名  続柄 ○○