

特別養護老人ホーム グリーンピア瀬戸内 現況調査書

令和 年 月 日

申込者	住 所	〒 ー (TEL) (携帯)		
	ふりがな			
	氏 名	⑩	入居希望者 との続柄	

入居希望者の現況と心身状況

入居希望者	ふりがな			性 別	男・女	生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平				
	氏 名						年 月 日 (歳)				
	住 所	〒 ー									
介護被保険者番号				要介護度		1 2 3 4 5					
介護保険者名		□倉敷市 □倉敷市以外()		認定の有効期間		令和 年 月 日～令和 年 月 日					
現 況		☐ 自宅で一人で暮らしている ☐ 自宅で家族と暮らしている ☐ 特養などの施設や病院に入っている 「施設や病院に入っている方」は記入してください ◇施設名又は病院名：() ◇入所又は入院時期：平成／令和 年 月 日から入所・入院している ◇担当相談員／ソーシャルワーカー()連絡先()									
入居希望時期		☐ 順番が来ればすぐに入居したい ☐ 将来的に入居を希望する									
入居を希望する理由(該当するものを全て選んでください)		☐ 身寄りがなく介護する者がいないため ☐ 介護する者が長期入院・入所・遠方に在住等で実質的に介護する者がいないため ☐ 介護する者が「高齢」、「障がい」、「疾病」等により十分な介護が困難なため ☐ 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため ☐ 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 ☐ 居住環境の事情により十分な介護が困難なため ☐ 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため ☐ その他()									
医療の状況		(特別な医療的対応) ☐ なし ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素療法 ☐ インスリン注射 ☐ 人工透析 ☐ 人工肛門 ☐ バルーンカテーテル ☐ その他() 【病歴及び現在治療中の病気等】									
移 動		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 補助具の使用： 無 ・ 有() ☐ 車椅子の使用： 無 ・ 有									

食 事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 〔主食〕 ☐ 普通 ☐ お粥 ☐ ペースト(ミキサー) 〔副食〕 ☐ 普通 ☐ 一口大 ☐ キザミ ☐ ペースト(ミキサー)		
排 泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 〔オムツの使用〕 ☐ 使用 (パット ・ 紙パンツ ・ オムツ) ☐ 使用なし		
更 衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入 浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
視 力	☐ 普通 ☐ 見えにくい ☐ 人の動きがわかる程度		
聴 力	☐ 普通 ☐ 聞こえにくい ☐ 大声が聞き取れる		
会 話	☐ 普通 ☐ 聞き取りにくい ☐ 聞き取れない		
認知・精神の 症状	☐ 何らかの認知を有するが、日常生活は、ほぼ自立している ☐ 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる ☐ 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする ☐ 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、介護を常に必要とする ☐ 著しい精神症状や問題行動がみられ、専門医療を必要とする その他 ()		
現在利用している 居宅サービス	☐	訪問介護(ヘルパー)	(月に 回程度)
	☐	訪問入浴介護	(月に 回程度)
	☐	訪問看護	(月に 回程度)
	☐	訪問リハビリテーション	(月に 回程度)
	☐	居宅療養管理指導	(月に 回程度)
	☐	デイサービス	(月に 回程度)
	☐	通所リハビリテーション	(月に 回程度)
	☐	ショートステイ	(月に 回程度)
	☐	ケアマネージャー 事業所名()	担当者名()
	☐	その他 ()	
【介護していて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください】			