

## < 担当者の意見書 >

業務繁多の折、申し訳ございませんが、担当ご利用者様に関する下記の設問についてご協力お願い致します。

### 入所申込者名

#### 設問1. 申込者(ご本人)についてお伺いします。

現在の申込者(ご本人)の世帯状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 ※高齢者とは、65歳以上を指します。
※現在、入院・入所中の方のみ ご記入下さい。	退院・退所後に戻る先 → <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設など → ( )
医療機関	主治医
医療処置	<input type="checkbox"/> 医療処置 有り <input type="checkbox"/> 医療処置 無し <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> パルーン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【現在の治療中の病気・特記事項】

#### 設問2. 主に申込者の介護をされている方の状況についてお伺いします。

主に介護をされている方	お名前	続柄
-------------	-----	----

#### ※上記に記載された方の状況についてお伺いします。

年齢	65歳未満	65歳以上75歳未満	75歳以上
要介護認定の有無	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 要支援認定 <input type="checkbox"/> 要介護認定		
障害や疾病の有無 ※困難なものにチェック	<input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 無 ※その他病名など → ( )		
置かれている状況	<input type="checkbox"/> 申込者以外にも介護をしている <input type="checkbox"/> 子守や育児をしている <input type="checkbox"/> 就労している		
その他家族・近隣者等の 介護支援の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 有の場合は (続柄など: )		日/週程度)

#### 設問3. 認知症の症状・頻度についてお伺いします。

- 問題行動がほぼ毎日ある  問題行動が時々ある  問題行動はない

#### < 過去1ヶ月の行動について >

※複数可

- 暴言  暴力  異食  介護拒否  物盗られ  幻覚・妄想  昼夜逆転  
 不眠  不潔行為  徘徊  帰宅願望  話の繰り返し  感情の不安定

#### 設問4. 入居を希望されている理由についてお伺いします。

※複数可

- 家族等の介護拒否がある(経済搾取・ネグレクト)  経済的な理由により居宅サービスの利用が出来ない  
 主介護者が遠距離(県外)である  住環境(経済的・構造上等)の事情により介護が困難  
 長期間(6ヶ月以上)にわたる在宅介護を行っている  在宅で医療的な処置がある  
 施設(老健・GH)や病院から退所を求められており、在宅介護困難  設問3に該当しない認知症状が見られる

#### 設問5. 自由記載欄ではありますが、できるだけ申込者等の情報提供をお願いいたします。

事業所名		記載者氏名	印