

三鷹市特別養護老人ホーム入所申込みに伴う意見書

※ 「入所希望者」について、専門職の方がご記入ください。

ケアプランについて

入所希望者

様

利用率	在宅サービス利用率(支給限度額に対する利用割合)		%
	サービス名	利用回数等	
利用しているサービス			

本人の状態について

歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> ゆっくりなら歩ける	<input type="checkbox"/> つかまって歩く	<input type="checkbox"/> 歩行不能
移動方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 車いす使用(自力操作 可能・不可能)
着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 時間がかかるが自分で可能	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> その他(糖尿病食・減塩食・)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 失禁あり <input type="checkbox"/> 失禁なし
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> おむつ・紙パンツ・パット	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル
視力	障害: 無・有 ()			
聴力	障害: 無・有 ()			
言語・理解	障害: 無・有 ()			
物忘れ	障害: 無・有 ()			
認知症周辺症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他【 】			
医療について	医療機関		主治医氏名	
	疾病名		使用中の医療器具	※ 医療器具を使用している場合、入所の受入れが困難な場合があります。
その他留意すべき事や特記事項	(ご本人の嗜好や性格、ご家族のご希望、留意すべき事項等 自由記載欄)			
※ 書ききれない場合は、A4の用紙に入所希望者氏名・被保険者番号を記入し、申込書に添付してください。				

様式第2号の記入者(専門職)について

氏名		職種	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()
事業所区分		記入日	年 月 日
事業所名		電話番号	