

様式2

状況申立書

入所希望者の身体状況等の該当するものに○(ケアマネジャーと契約している場合は相談し記入を依頼)して下さい  
 (「特記事項」「頻度及び実績」についても、可能な限り具体的にお書き下さい。)

<p>身体状況</p>	<p>障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度: <input type="checkbox"/>J1 <input type="checkbox"/>J2 <input type="checkbox"/>A1 <input type="checkbox"/>A2 <input type="checkbox"/>B1 <input type="checkbox"/>B2 <input type="checkbox"/>C1 <input type="checkbox"/>C2)                  歩行: 自立・杖や歩行器・手すり等があれば歩行可・一部介助・歩行不可                  (特記事項: )                  移乗: 自立・見守り必要・一部介助・全介助                  (特記事項: )                  排泄: 自立・見守り必要・一部介助・ポータブル使用・おむつ使用・全介助                  (特記事項: )                  食事: 自立・見守り必要・一部介助・全介助                  (特記事項: )                  入浴: 自立・見守り必要・一部介助・清拭のみ・全介助                  (特記事項: )                  視力: (普通 弱視 全盲) 聴力: (普通 やや難聴 難聴)                  嚥下(えんげ): 自立・見守り必要・不可 睡眠: 良・不良(服薬: <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり)                  麻痺(まひ): <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位: )                  褥瘡(じょくそう): <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(部位: )</p>
<p>コミュニケーションの状況</p>	<p>発語: 話ができる・聞き取りにくい・何を言っているか分からない・話せない                  意思決定: できる・特別な状況を除いてできる・日常的に困難・できない                  理解: できる・特別な状況を除いてできる・日常的に困難・できない</p>
<p>認知症高齢者の日常生活自立度判定基準及び精神状態・問題行動</p>	<p>認知症高齢者の日常生活自立度( <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>I <input type="checkbox"/>IIa <input type="checkbox"/>IIb <input type="checkbox"/>IIIa <input type="checkbox"/>IIIb <input type="checkbox"/>IV <input type="checkbox"/>M)  <b>【精神状態】</b>  <input type="checkbox"/>幻覚 <input type="checkbox"/>妄想(被害・嫉妬・物盗) <input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>睡眠障害 <input type="checkbox"/>心気症状  <input type="checkbox"/>不安 <input type="checkbox"/>焦燥 <input type="checkbox"/>抑うつ <input type="checkbox"/>興奮                  (特記事項(頻度等): )  <b>【問題行動】</b>  <input type="checkbox"/>やたらに物を口に入れる <input type="checkbox"/>物を拾い集める <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>昼夜逆転 <input type="checkbox"/>繰り返し行為  <input type="checkbox"/>失禁 <input type="checkbox"/>大声・奇声をあげる。 <input type="checkbox"/>火の扱い(消し忘れ等) <input type="checkbox"/>自傷行為 <input type="checkbox"/>介護拒否  <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>性的異常行為 <input type="checkbox"/>攻撃的行為 <input type="checkbox"/>不穏(暴言・暴行・破壊)                  (特記事項(頻度等): )</p>
<p>居宅介護サービスの利用状況</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問介護 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>訪問入浴 <input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション  <input type="checkbox"/>通所介護 <input type="checkbox"/>通所リハビリテーション <input type="checkbox"/>短期入所生活介護 <input type="checkbox"/>短期入所療養介護  <input type="checkbox"/>福祉用具貸与 <input type="checkbox"/>地域密着型サービス(サービスの名称: )                  (頻度及び実績: 回/週・直近2ヶ月の利用額 月 円、 月 円)</p>
<p>医療の状況</p>	<p>現在治療中の病気・ケガ(病名 平成 年 月から)                  現在の治療・服薬( )                  既往症(感染症を含む、治療期間・病名・医療機関を明記して下さい)                  かかりつけ医 病院名 担当医  <input type="checkbox"/>経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/>在宅酸素 <input type="checkbox"/>インシュリン注射 <input type="checkbox"/>点滴  <input type="checkbox"/>その他( )                  (特記事項)</p>
<p>担当ケアマネジャー</p>	<p>事業所名 担当者名                  (特記事項) 電話番号 ( )</p>