

三鷹市特別養護老人ホーム入所申込に伴う意見書

※「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	
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) <small>※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。</small>			

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		