介護老人福祉施設入所申込に伴う意見書（入所希望者の状況について）

身体の状況	食事摂取	□ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全部介助
	食事の種類	（主食）　□ 常食　□ 半粥　□ 全粥　□ ペースト　□ 胃ろう
		（副食）　□ 常食　□ 刻み　□ 極刻み　□ ペースト　□ 胃ろう
	排　泄	□ 自立　□ 要見守り　□ 一部介助　□ 全部介助 （オムツの使用）→ □ 昼夜　□ 夜のみ　□ 使用なし （尿意）→ □ ある　□ 時々ある　□ない　（便意）□ ある　□ 時々ある　□ ない
	入　浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全部介助
	更　衣	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全部介助
	移　動	□ 自立　□ 見守り　□ 一部介助　□ 全部介助
	歩　行	□ つかまり歩行　□杖使用　□ 歩行器　□車椅子　□ 寝たきり
	視　力	□ 普通　□ やや悪い　□ 人の動きが分かる程度　□ ほとんど見えない　□ 全盲
	聴　力	□ 正常　□ 大きな声で聞こえる　□ 耳もとで大きな声で聞こえる　□ その他（
	※身体の状況について補足すべき事項がございましたら御記入下さい。	
認知症・精神の症状	□ 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 □ 日常生活に支障を来たす様な症状・行動や意思疎通の困難差が多少見られても、誰かが注意してれば自立できる。 □ 日常生活に支障を来たす様な症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 □ 日常生活に支障をきたす様な症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 □ 著しい精神状態や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	
	※徘徊など介護や見守りを要する認知症の症状や特記すべき事項がございましたら御記入下さい。	
医療について	医療的処置	□ 排尿カテーテル　□ ストマ（人工肛門）　□ 経管栄養（ 鼻腔・ 胃ろう ） □ 酸素療法　□インシュリン注射　□その他（　　）
	現在治療中の病気	病名　病名　病名 病名　病名　病名
	既往歴	病名　病名　病名 病名　病名　病名
	現在内服中のお薬	
その他	※その他の留意点がございましたら御記入下さい。	

記　入　者	事業所名等		職種		氏名	