

## 豊潤館入居申込書類一式

- ① 豊潤館入居申込書（ 3枚 ）
- ② 「介護保険被保険者証」  
「介護保険負担割合証」  
「介護保険負担限度額認定証」
- ③ 認定調査票（概況調査）
- ④ 主治医意見書
- ⑤ サービス利用票（在宅サービス利用があれば）





介 護 者	主たる 介護者	(ふりがな) 氏 名		性 別	本人との関係	
		生 年 月 日	① 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	男 ・ 女		
		同居・別居 の区分	1 同 居 2 別 居 ※別居の場合は住所を記入 ( )			
		介護者の状況	② 主たる介護者が障害や疾病の状況にあるか。 介護困難・多少介護可能・介護可能・なし ③ 主たる介護者が育児又は家族が病気の状況にある。 常時の育児看病が必要・半日育児看病が必要・時々育児看病が必要・なし ④ 主たる介護者が複数名の介護をしているか。 介護困難・多少介護可能・介護可能・なし ⑤ 主たる介護者の就労の状況 8時間以上又は高齢で就労不能・4時間以上8時間未満・4時間未満・なし			
の 状 況	従たる 介護者	(ふりがな) 氏 名		性 別	本人との関係	
		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	男 ・ 女		
	従たる同居介護者の介 護の可能性	⑥ 1 いない 2 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能				
	別居している身内による介護の 可能性	⑦ 1 身内はいない 2 介護困難 3 多少介護可能 4 介護可能				
	介護開始時期(介護期間)	平成・令和 年 月から( 年 か月)				
	主たる介護者の健康状態		主たる介護者の家族の健康状態			
良好・不良〔 〕		良好・不良〔 〕				
そ の 他	入所を 希望する時期	1 今すぐ入所したい 2 年 月頃までには入所したい ※2を○で囲んだ場合はその理由 ( )				
	入所申込 の状況	1 当該施設のみ申し込む 2 他の施設に申し込んでいる ※2を○で囲んだ場合はその具体的状況				
		所在地		所在地		
施設名			施設名			
居宅において日常生活を行う ことが困難であることについて のやむを得ない事由 (要介護度1又は2のみ記載)	<input type="checkbox"/> 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や 意思疎通の困難さが頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動 や意思疎通の 困難さ等が頻繁に見られる <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待等が疑われること等により、心身の安全・安心 の確保が困難である <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による 支援が期待で きず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給 が不十分な状況である					
	申込時期	年 月 日	申込時期	年 月 日		
説 明 確 認	私は、入所申込の際、入所決定の手続き及び入所の必要性を評価する基準等について施設から説明を受けました。 令和 年 月 日 氏 名: _____					

※ 申込に際しては、①介護認定調査票のコピー、②介護保険被保険者証のコピー、③サービス利用票のコピーの3種類の資料を添付してください。

なお、③のサービス利用票のコピーは、在宅サービスを利用されている方について、直近3か月分を添付してください。

また、現在介護保険施設に入所、あるいは医療施設に入院されている方についても、入所・入院前に在宅サービスを利用されていた方は、その当時の直近3か月分のコピーを添付してください。

※ この申込書を提出した後、他施設に入所する事ができたなどの理由によって、当施設への入所の必要性がなくなった場合は、その旨を速やかに連絡してください。

※ この申込書を提出した後、記載事項に変更が生じた時は、その変更内容を速やかに連絡してください。

# 申し込み者家族構成図

(入居希望者を中心にご記入ください。)

※記号：本人【男性】 → □  
 家族【男性】 → □

本人【女性】 → ◎  
 家族【女性】 → ○

氏名	続柄	年齢	簡単な住所	健康状態	仕事	介護可能性
				良・不	有・無	困難・多少可・可
				良・不	有・無	困難・多少可・可
				良・不	有・無	困難・多少可・可
				良・不	有・無	困難・多少可・可
				良・不	有・無	困難・多少可・可
				良・不	有・無	困難・多少可・可
				良・不	有・無	困難・多少可・可
				良・不	有・無	困難・多少可・可
				良・不	有・無	困難・多少可・可

# ①【介護保険被保険者証】

要介護 3

<b>介護保険被保険者証</b> 交付年月日 平成 年 月 日		要介護状態区分等 認定年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 認定サービス等 平成 年 月 日～平成 年 月 日 1月当たり 単位 (うち継続支給 療養介護) サービスの種類 療養介護(在宅介護)	給付制限 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 介護保険施設等 種類 介護等年月日 平成 年 月 日 名称 介護等年月日 平成 年 月 日 種類 介護等年月日 平成 年 月 日 名称 介護等年月日 平成 年 月 日
被保険者 番号 住所 札幌市東区北 条東 丁目 番 フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 交付年月日 平成 年 月 日 保険者番号 0 1 1 0 3 1 並びに 札幌市東区 保険者の名称 TEL 011-741-2400 及び印	「見本」		

# ③【介護保険負担割合証】 ②【介護保険負担限度額認定証】

<b>介護保険負担割合証</b> 交付年月日 年 月 日		<b>介護保険負担限度額認定証</b> 交付年月日 平成 年 月 日	
被保険者 番号 住所 フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 性別 男・女 利用者負担の割合 適用期間 1割 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 割 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 保険者番号 並びに 保険者の名称 及び印	「見本」		被保険者 番号 住所 フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 性別 適用年月日 平成 年 月 日から 有効期限 平成 年 月 日まで 食事の負担限度額 390 円 居住費又は滞在費の負担限度額 ユニット型個室 820 円 ユニット型準個室 490 円 従来型個室(特養等) 420 円 従来型個室(老健・療養等) 490 円 多床室 370 円 保険者番号 並びに 保険者の名称 及び印
			第2段階

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 \_\_\_\_\_ 被保険者番号 \_\_\_\_\_

**認定調査票（概況調査）**

**I 調査実施者（記入者）**

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ _____ ）	
ふりがな			所属機関	
記入者氏名				

**II 調査対象者**

過去の認定	初回・2回め以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果		非該当・要支援（ _____ ）・要介護（ _____ ）	
ふりがな			性別	男・女	生年月日
対象者氏名					明治・大正・昭和 年 月 日（ _____ 歳）
現住所	〒 _____			電話	_____ - _____
家族等連絡先	〒 _____ 氏名（ _____ ）調査対象者との関係（ _____ ）			電話	_____ - _____

**III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。**

在宅利用 [ 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 ]					
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)福祉用具貸与	品目	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具販売	品目	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	
<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月	回	<input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> (介護予防)特定施設入居者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回	
<input type="checkbox"/> 複合型サービス	月	日			
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [ _____ ]					
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス [ _____ ]					

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等) <input type="checkbox"/> 医療機関(医療保険適用療養病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養病床以外) <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 _____  郵便番号 _____ 施設住所 _____  電話 _____ - _____

**IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について、認定調査票（特記事項）の下部、「概況調査の特記すべき事項」欄に記入してください。**

認定調査（基本調査）



調査日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他（四肢の欠損）
-------	--------	--------	--------	--------	---------------

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない	2. 肩関節	3. 股関節	4. 膝関節	5. その他（四肢の欠損）
-------	--------	--------	--------	---------------

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
--------	-----------------	----------------	---------

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. つかまらないでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
---------------	----------------	---------

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
-------------	---------	--------	-----------

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
-------------	---------	--------

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通（日常生活に支障がない）	2. 約1 m離れた視力確認表の図が見える
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える	4. ほとんど見えない
5. 見えているのか判断不能	

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通	2. 普通の声がやっと聞き取れる
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる	4. ほとんど聞えない
5. 聞えているのか判断不能	



2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 見守り等      3. 一部介助      4. 全介助

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 見守り等      3. 一部介助      4. 全介助

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる      2. 見守り等      3. できない

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 見守り等      3. 一部介助      4. 全介助

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 見守り等      3. 一部介助      4. 全介助

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 見守り等      3. 一部介助      4. 全介助

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 一部介助      3. 全介助

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 一部介助      3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 一部介助      3. 全介助

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 見守り等      3. 一部介助      4. 全介助

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない      2. 見守り等      3. 一部介助      4. 全介助

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上      2. 月1回以上      3. 月1回未満

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる      2. ときどき伝達できる  
3. ほとんど伝達できない      4. できない

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる      2. できない

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる      2. できない

3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる      2. できない

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |        |         |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |        |         |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-7 場所の理解（自分がいる場所を答える）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |        |         |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-2 作話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-4 昼夜の逆転があることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-5 しつこく同じ話をする事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-6 大声をだす事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる事について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- |       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|



4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------	-----------	-------

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------	-----------	-------

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------	-----------	-------

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------	-----------	-------

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助
-------	---------	--------

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 特別な場合を除いてできる	3. 日常的に困難	4. できない
--------	-----------------	-----------	---------

5-4 集団への不適應について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない	2. ときどきある	3. ある
-------	-----------	-------

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

6 過去 14 日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

処置内容	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ（人工肛門）の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター（人工呼吸器）	7. 気管切開の処置	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
特別な対応	10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）		11. じょくそうの処置	
	12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）			

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。			
医師氏名		電話 ( )	
医療機関名		FAX ( )	
医療機関所在地			
(1) 最終診察日	平成 年 月 日		
(2) 意見書作成回数	初回 2回目以上		
(3) 他科受診の有無	有 無 (有の場合) 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他 ( )		

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日			
1.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)			
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕			

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマの処置	酸素療法
	レスピレーター	気管切開の処置	疼痛の看護	経管栄養	
特別な対応	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)		褥瘡の処置		
失禁への対応	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について										
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
・認知症高齢者の日常生活自立度		自立		a	b	a	b		M	
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)										
・短期記憶		問題なし	問題あり							
・日常の意思決定を行うための認知能力		自立	いくらか困難	見守りが必要		判断できない				
・自分の意思の伝達能力		伝えられる	いくらか困難	具体的要求に限られる		伝えられない				
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)										
無	有	幻視・幻聴 火の不始末	妄想	昼夜逆転	暴言	暴行	介護への抵抗	徘徊		
			不潔行為	異食行動	性的問題行動	その他( )				
(4) その他の精神・神経症状										
無	有	〔症状名:		専門医受診の有無	有( )	無				

(5) 身体の状態

利き腕 ( 右 左 ) 身長 =  cm 体重 =  kg ( 過去 6 ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少 )

四肢欠損 ( 部位 : \_\_\_\_\_ )

麻痺 右上肢 ( 程度 : 軽 中 重 ) 左上肢 ( 程度 : 軽 中 重 )  
 右下肢 ( 程度 : 軽 中 重 ) 左下肢 ( 程度 : 軽 中 重 )  
 その他 ( 部位 : \_\_\_\_\_ 程度 : 軽 中 重 )

筋力の低下 ( 部位 : \_\_\_\_\_ 程度 : 軽 中 重 )

関節の拘縮 ( 部位 : \_\_\_\_\_ 程度 : 軽 中 重 )

関節の痛み ( 部位 : \_\_\_\_\_ 程度 : 軽 中 重 )

失調・不随意運動 ・ 上肢 右 左 ・ 下肢 右 左 ・ 体幹 右 左

褥瘡 ( 部位 : \_\_\_\_\_ 程度 : 軽 中 重 )

その他の皮膚疾患 ( 部位 : \_\_\_\_\_ 程度 : 軽 中 重 )

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない  
 車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している  
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助  
 現在の栄養状態 良好 不良  
 栄養・食生活上の留意点 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊  
 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 看護職員の訪問による相談・支援 訪問歯科診療  
 訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導  
 訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり( \_\_\_\_\_ ) ・移動 特になし あり( \_\_\_\_\_ )  
 ・摂食 特になし あり( \_\_\_\_\_ ) ・運動 特になし あり( \_\_\_\_\_ )  
 ・嚥下 特になし あり( \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 ( \_\_\_\_\_ ) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

