

# 状 況 調 査 票 （ 1 ）

フリガナ			明・大・昭 年 月 日									
入居希望者氏名	男・女		( 歳)									
要介護認定区分	1・2・3・4・5	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで									
介護被保険者番号	市・区・町・村											
現 況	<p>1. 自宅に一人で暮らしている      2. 自宅で家族と暮らしている</p> <p>3. 施設に入所中または病院に入院中である</p> <p>◇「施設入所または入院されている方は」記入して下さい。</p> <p>施設名または病院名:.....所在地(市名):.....</p> <p>入所又は入院時期: 平成・令和 年 月から 入所・入院 している</p>											
入居を希望する理由 (該当するもの全てを選んで下さい)	<p><b>該当するもの全てを選び、○をつけてください。</b></p> <p>1. 介護する者がいないため。</p> <p>2. 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため。</p> <p>3. 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため。</p> <p>4. 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため。</p> <p>5. 居住環境の事情により十分な介護が困難なため。</p> <p>6. 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため。</p> <p>7. その他 ( )</p> <hr/> <p><b>※要介護 1、2 の方は以下の該当するものを選び、○をつけてください。</b></p> <p><b><u>要介護度 1、2 の方は入所を必要とするやむをえない理由（特列入所要件）が必要となります。</u></b></p> <p>1. 要介護 1、2 であるが、認知症がある為、日常生活で困ることが多い。または意思疎通が困難である。</p> <p>2. 要介護 1、2 であるが、知的障害・精神障害（うつ病など）があるため、日常生活で困ることが多い。または意思疎通が困難である。</p> <p>3. 要介護 1、2 であるが、介護することに疲れており、もう限界である。</p> <p>4. 要介護 1、2 であるが、一人暮らしをしている。もしくは同居家族が高齢、または病気がある等により介護が困難である。</p>											
入居希望時期	1. 今すぐ入居したい      2. 令和 年 月頃までに入居したい											
本人の意思	入居することに対して    1. 納得している    2. 拒否がある    3. 判断できない											
申し込み状況	<p>1. さくらの丘のみ申し込む。    2. 他の施設も申し込んでいる。または他の施設も申し込む予定。</p> <p>◇既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( )</p> <p>◇今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( )</p>											

【介護者（介護に携わっている方）の状況についてご記入ください】

フリガナ		生年月日：大・昭・平 年 月 日			
主たる介護者		性別：男・女		続柄：	
介護者の状況についてお聞きします。 （該当するものに○をつけてください） <b>※要介護者が施設に入居している場合でも、1～9までの現状をご記入下さい。</b>		1. 介護する人が自分しかいない。			
		2. 介護者が高齢である。（          歳）			
		3. 介護者に病気がある。（病名：                  ） → 介護困難・多少介護可能・介護可能			
		4. 介護者が働いている。 → 常勤・パート（1日          時間勤務を週          日）			
		5. 介護者が育児をしている。または複数の人を介護している。 → 常時の育児介護が必要 ・ 約半日の育児介護が必要 ・ 臨時の育児介護が必要			
		6. 介護することが → もう限界である ・ 大変さを感じている ・ まだ大丈夫			
		7. 同居の介護補助者が → いない ・ いる（続柄                  ） 週          日程度			
		8. 親戚の介護補助者が → いない ・ いる（続柄                  ） 週          日程度			
		9. 近隣者等の介護補助者が → いない ・ いる（                  ） 週          日程度			
同居の家族構成	氏名	年齢	続柄	職業	備考
同居以外の家族構成	※近親者の状況（同居以外の子供。子供がいない場合は、兄弟、甥、姪）				
在宅サービスについて <b>※在宅サービスを受けている方のみご記入下さい</b>		1. 利用している          2. 利用していない			
		1. デイサービス          2. ショートステイ          3. 訪問介護 利用中のサービス    4. 訪問看護                  5. 訪問入浴                  6. 訪問リハビリ 7. 福祉用具レンタル    8. その他（                  ）			
		※在宅サービスを受けている方は、サービス提供票を直近3ヶ月分添付して下さい			
		ケアマネジャー	事業所名		
			氏名		