

入所希望者本人の状況	身体の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 )
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜間のみ )
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり )
		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる程度
		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
	認知症や精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症状や精神症状を有するが、日常生活はほぼ自立している。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が時折見られ、やや介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする。 ※ 自傷行為・せん妄・徘徊・奇声・摂食異常・不潔行為・攻撃的行為などの行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度などを具体的に記入。	
	有・無		

### 1. 主たる介護者・家族等の状況

主たる介護者	介護者の介護負担	<input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> やや重い <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担なし
	介護者の障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )
	介護者の就労	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (職種など      日/週、      時間/日 )
	他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (要支援    要介護    1    2    3    4    5 )
	介護者の育児、家族の病気	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )
	介護者の介護の関わり方	<input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 非常に消極的 <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通
その他	他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (続柄      日/週 )
	別居血縁者の介護協力	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (続柄      日/週 )
	近隣者などの介護協力	<input type="checkbox"/> ほとんど無し <input type="checkbox"/> 随時有り <input type="checkbox"/> 常時あり

### 2. 在宅サービスの利用状況

1. デイサービス(デイケア)	週に	回程度	4. 訪問入浴	週に	回程度
2. ホームヘルパー	週に	回程度	5. ショートステイ	月に	日程度
3. 訪問看護師	週に	回程度	6. その他 ( )		

### 3. 在宅サービス利用度

在宅サービス利用限度額割合	<input type="checkbox"/> 60%以上 <input type="checkbox"/> 50%以上 <input type="checkbox"/> 30%以上 <input type="checkbox"/> 30%未満
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 年金受給・その他の収入の状況

1. 年金	2ヶ月で	万円程度
2. その他の収入	月に	万円程度

入所希望の居室タイプ	<input type="checkbox"/> ユニット型居室(個室)を希望する <input type="checkbox"/> 多床室(4人部屋)を希望する <input type="checkbox"/> どちらでも良い
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 受付担当者の意見、その他、特記事項など

--