

利用者 状況 確認 表 (別紙1)

現在の状況についてあてはまる項目に をつけてください。

身体及び日常生活の状況	視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きい字なら見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 全く見えない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
	聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大声なら聞こえる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
	会話	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> ほとんど話せない <input type="checkbox"/> 全く話せない	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> その場のみ可能 <input type="checkbox"/> 困難	
	立位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 少しなら可能 <input type="checkbox"/> 困難	
	座位	<input type="checkbox"/> 可能(10分以上) <input type="checkbox"/> 背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 困難	
	歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 杖や歩行器を使用している <input type="checkbox"/> はいずりは可能 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用している (自走: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 常にベッド上である	
	食事	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 ・主食(<input type="checkbox"/> 白米 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ペースト) ・おかず(<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト) ・飲み込み(<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> 悪い) <input type="checkbox"/> 水分にむせる	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自力で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自力で可能(<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 声掛け、誘導が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 使用している物(<input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> おむつ) ・尿意(<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あいまい <input type="checkbox"/> ない)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
	着替え	<input type="checkbox"/> 一人で可能 <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 多少介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
	麻痺等	<input type="checkbox"/> 麻痺がある 部位() <input type="checkbox"/> 関節が動かない 部位() <input type="checkbox"/> 関節が変形している 部位()	
精神症状・行動障害の状況	①意思を他者に伝達	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> ときどき出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	②毎日の日課を理解	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	③生年月日を言うことが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	④短期記憶の保持が	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	⑤自分の名前を言うことが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	⑥今の季節を理解することが	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	⑦場所の理解が	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 出来ない	
	⑧目的もなく動き回る(徘徊)ことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑨外出すると病院、施設、家等に1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑩物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑪作話をし周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑫泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑬夜間不眠あるいは昼夜逆転が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑭しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑮大きな声を出すことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑯助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑰「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑱1人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑲いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	⑳物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	㉑ひどい物忘れが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	㉒独り言や独り笑いをすることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	㉓自分勝手に行動することが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
	㉔話がまとまらないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	

※ない: 最近1ヶ月間ない

※ときどきある: 概ね月1回以上ある

※ある: 概ね週1回以上ある

その他の状況 (別紙2)

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 前期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他							
年金等	種別	<input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 国年 <input type="checkbox"/> 共済					支給年額	
	その他						支給年額	
生活保護支給	<input type="checkbox"/> あり(実施機関) <input type="checkbox"/> なし					重度心身医療受給者証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
負担段階	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階							
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 身障手帳 ()級		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		年	月	日 交付	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		年	月	日 交付	
	<input type="checkbox"/> 精神福祉手帳 ()級		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		年	月	日 交付	

ご家族の状況をご記入ください。

	氏名	続柄	生年月日	職業	電話番号
同居家族の 状況			. .		()
			. .		()
			. .		()
			. .		()
	氏名	続柄	生年月日	職業	住所/電話番号
別居家族の 状況 (本人の子等)			. .		電話 ()
			. .		電話 ()
			. .		電話 ()
			. .		電話 ()

※ 説明確認及び情報収集に関わる同意事項

1. 私は、わかさへの入居申し込みの際し、入居申し込みから契約までの手続き及び入居順位の決定方法についての説明を受けました。
2. 入居に関わる記載事項の確認等に関し、保険者・関係病院・施設・担当ケアマネジャー等より本人の情報提供を受けることに同意します。
3. 入居検討等に関わる目的の範囲内で、私及び私の家族の個人情報を使用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名

⑩

代理人氏名

⑩

1. この情報は、入居選考目的以外には使用しません。
2. 社会福祉法人友愛会は、保有する個人情報の取扱いに関し、適正かつ適切に対処しています。