

深深 入所利用相談票

令和 年 月 日

【相談者】

住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

電話（自宅） _____ （携帯） _____

【入所希望者】

住所 _____

氏名 _____ 性別 男 ・ 女

年齢 _____ 歳 生年月日 _____

【要介護認定状況】

要介護 _____ 申請中 未申請

【現在の状況】

在宅 入院中（病院名： _____）施設入所中（施設名： _____）

【病気及び障害の状態】

【その他特記事項】

特別な医療対応	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 無	健康状態に関する特記事項： （ _____ ）
認知症などによる問題行動	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不隠行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 無	（ _____ ） <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回 <input type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> 月数回
介護に関する状況（ADL）	経口摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 *入れ歯（有・無） （食事の種類： 普通 粥 きざみ ミキサー 他 _____）
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （排尿場所・器具： トイレ ポータブル尿器 オムツ 他 _____）
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （排便場所・器具： トイレ ポータブル 差込便器 オムツ 他 _____）
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （入浴種類： 一般浴 特殊浴 シャワー浴 清拭 他 _____）
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （使用用具： 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 他 _____）
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （介助が必要な物： 上着 ズボン 下着 靴下 他 _____）
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない （使用器具： 眼鏡 老眼鏡 他 _____）
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない （使用器具： 補聴器 他 _____）
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 伝えられない （使用器具： 筆談 コミュニケーションボード 手話 他 _____）	
		（その他、介護する上で必要となる情報）