

※入所希望者をお知らせいたします。

(該当する記号に丸印・数字を記入してください)

1、本人は、施設入所を希望(理解)しておりますか。

①している ②していない ③その他()

2、本人に、かかりつけの医者はいますか。

①いる ②いない
(かかりつけの医院・病院)

3、医者に行く時にはどうしてありますが。

()

4、医者から認知症があると言われた(診断された)事がありますか。

①ある ②ない

5、ご本人の身体状況について

食事について

① 介助で食べさせている ②様子を見て食べさせる ③自分で食べている
(はし ・ スプーン ・ 特別の用品 [])

*食べている内容

主食

① ご飯 ②お粥 ③ミキサー

副食

① そのまま ②刻み ③ミキサー

特別な食事(該当する人のみ記入)

① 経管栄養 ②その他()

経管栄養の場合管理はだれがしていますか。(該当する人のみ記入)

()

トイレについて

下着は何を使用していますか。

日中

(ア) オムツ () (イ) 布パンツ (ウ) その他()

夜間

(ア) オムツ () (イ) 布パンツ (ウ) その他()

トイレに行く時はどうしていますか。

(ア) 自立している (イ) 様子を見て介助している (ウ) 自分で出来る

尿意・便意はありますか

(ア) ある (イ) 時々ある (ウ) その他()

寝返りは出来ますか

(ア) 出来ない (イ) 出来る

椅子に座れますか

(ア) 出来ない (イ) 背もたれがあれば出来る (ウ) 出来る
・どのぐらい座っていられますか (分ぐらい)

立ち上がれますか

(ア) 出来ない (イ) 身体を支えると可能 (分ぐらい) (ウ) 出来る (分ぐらい)

歩けますか

(ア) 出来ない (イ) 介助すれば可能 (分ぐらい) (ウ) 出来る (分ぐらい)
歩行補助用具を使用していますか

(ア) 歩行器 (イ) 杖 (ウ) 車椅子 (・自力で使用 [m ぐらい] ・介助して移動)

入浴について

現在どのようにしてお風呂に入っていますか

(ア) 入っていない (イ) 施設(入浴サービス)を利用している (ウ) NPA-にお願いしている
(エ) 一人で入っている (オ) その他 ()

着替えについて

(ア) 自分で出来ない (イ) 様子を見て手伝っている (ウ) 出来る

日中はどのように過ごしていますか

(ア) 寝ている事が多い (イ) 居間などでぼんやりしている事が多い
(ウ) 自分で好きな事をして過ごしている

視力について

(ア) 日常生活に支障はない (イ) 良く見えない (ウ) 失明している
(メガネを [ア、使用している イ、使用していない])

聴力について

ア) 日常生活に支障はない (イ) 良く聴こえない (ウ) 聴こえない
(補聴器を [ア、使用している イ、使用していない])

本人についてお困りなことは何ですか?

