

A D L	食事	自立(セッティング)・一部介助・全介助	食事形態
	排泄	自立・一部介助・全介助	排泄状況 オムツ介助・トイレ(自立・誘導)
	入浴	自立・一部介助・全介助	入浴状況
	睡眠	良眠・不眠	夜間の状況
	移動	自立・一部介助・全介助	使用器具
	特記事項		

精神・認知	認知症	あり・なし	精神疾患	あり・なし	専門医受診	あり・なし
	病名	(病院名)				
	症状	幻覚・幻聴・妄想・失見当識(時間・場所・人物)・失認・意識障害・暴力・暴言 収集・介護抵抗・性的異常行動・奇声・過食・異食・徘徊・気分障害(うつ・躁うつ) 不潔行為・夜間の行動異常() その他()				

入所の 緊急性	<input type="checkbox"/> 退所・退院勧告が出ている <input type="checkbox"/> 介護保険の利用限度額を超える等、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護者が複数介護をしている もしくは介護者が療養等が必要で十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護放棄、虐待がみられる もしくは懸念される <input type="checkbox"/> 独居や老老介護で在宅介護が継続しがたい <input type="checkbox"/> その他()
------------	---

変更 記録	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

施設長	副施設長	事務長	生活相談員

※ 要介護度1または2の場合には下記の事由の有無について記載してください

《自宅で日常生活を営むこと困難な事由》

- 認知症であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられるため
- 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁にみられるため
- 家族等による深刻な虐待があり、心身の安全・安心の確保が困難であるため
- 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援が十分に受けられないため

《該当する事由の具体的な内容》

できるだけ詳しく記入してください

記載者

本人との関係