

介護必要度 該当するものに○をつけてください

移動	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	杖や歩行器を 使えば歩ける <input type="checkbox"/>	車椅子だが 自分で操作 <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり 目を離せない <input type="checkbox"/>	車椅子に乗っても 操作出来ない <input type="checkbox"/>	リクライニング車椅子か ベッド上のみ <input type="checkbox"/>
立ち上がり	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	手すりに掴まれば 出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が 必要である <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり 目を離せない <input type="checkbox"/>	大部分介助が 必要である <input type="checkbox"/>	介助しても 出来ない <input type="checkbox"/>
座位	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	何かに掴まれば 出来る <input type="checkbox"/>	背もたれ等が 必要である <input type="checkbox"/>	横方向も支えが 必要である <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり 目を離せない <input type="checkbox"/>	不可能なため 寝たきり <input type="checkbox"/>
寝返り	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	手すりに掴まれば 出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が 必要である <input type="checkbox"/>	大部分介助が 必要である <input type="checkbox"/>	介助しても不安定 クッション等必要 <input type="checkbox"/>	体位変換不可能 <input type="checkbox"/>
食事	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	道具を使えば 出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が 必要である <input type="checkbox"/>	大部分介助が 必要である <input type="checkbox"/>	飲み込み悪く 頻繁にむせる <input type="checkbox"/>	胃瘻・鼻腔チューブ 等の経管栄養 <input type="checkbox"/>
入浴	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	浴槽の出入りは 介助が必要 <input type="checkbox"/>	洗髪は 介助が必要 <input type="checkbox"/>	洗身・洗髪は 介助が必要 <input type="checkbox"/>	出入・洗身髪全て 介助が必要 <input type="checkbox"/>	特殊機械浴槽が 必要 <input type="checkbox"/>
排泄	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	声かけや誘導が 必要である <input type="checkbox"/>	多少介助が 必要である <input type="checkbox"/>	大部分介助が 必要である <input type="checkbox"/>	夜のみオムツが 必要である <input type="checkbox"/>	昼夜オムツ・カテーテル が必要である <input type="checkbox"/>
聴力	日常生活において は問題ない <input type="checkbox"/>	大きな声であれば 聞こえる <input type="checkbox"/>	耳元で話せば 聞こえる <input type="checkbox"/>	補聴器を使えば 聞こえる <input type="checkbox"/>	ほとんど 聞こえない <input type="checkbox"/>	判断不可能 <input type="checkbox"/>
視力	日常生活において は問題ない <input type="checkbox"/>	大きな字等の配慮 が必要である <input type="checkbox"/>	かなり近くでない と見えない <input type="checkbox"/>	ほとんど 見えない <input type="checkbox"/>	全く 見えない <input type="checkbox"/>	判断不可能 <input type="checkbox"/>
意思表示	日常生活において は問題ない <input type="checkbox"/>	言葉は不明瞭だが 大よそ出来る <input type="checkbox"/>	筆談であれば 出来る <input type="checkbox"/>	身振りであれば 出来る <input type="checkbox"/>	発語もなく 困難である <input type="checkbox"/>	ほとんど 出来ない <input type="checkbox"/>
認識	日常生活において は問題ない <input type="checkbox"/>	気分により 波がある <input type="checkbox"/>	特定のことなら 可能 <input type="checkbox"/>	出来ない事の方が 多い <input type="checkbox"/>	ほとんど 出来ない <input type="checkbox"/>	判断不可能 <input type="checkbox"/>

認知症問題行動 該当するものに○をつけてください(複数選択可)

徘徊 <input type="checkbox"/>	自傷・他害行為 <input type="checkbox"/>	夜間せん妄 <input type="checkbox"/>	暴言暴行 <input type="checkbox"/>	大声・奇声 <input type="checkbox"/>	不潔行為 <input type="checkbox"/>	介護に抵抗 <input type="checkbox"/>
異食行為 <input type="checkbox"/>	性的迷惑行為 <input type="checkbox"/>	弄火 <input type="checkbox"/>	やたら物を 口にに入れる <input type="checkbox"/>	物を拾い あつめる <input type="checkbox"/>	服薬管理が できない <input type="checkbox"/>	留守番が できない <input type="checkbox"/>
着替え・食事・トイレ がうまくできない <input type="checkbox"/>	その他 (_____)					

○をつけられた方にお尋ねします。 どのくらいの回数で見られますか。

1. ほぼ毎日 2. 週に1、2回 3. 月に1、2回

医療的処置 該当するものに○をつけてください(複数選択可)

尿管カテーテル <input type="checkbox"/>	ストマ <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"/>	<input type="checkbox"/>
その他 (_____)						

介護する上での留意事項等

●アレルギーなどがありますか。	はい (症状 _____)	・ いいえ
●タバコを吸いますか	吸う (_____ 本/日)	・ 吸わない
●お酒は飲みますか	飲む (_____ 回/週)	・ 飲まない

1. 現在の生活場所についてお尋ねします
 該当するものに○を付けてください。

項目	○印記入欄	項目	○印記入欄
自宅		老人保健施設	
子供の家		一般病院	
特別養護老人ホーム		療養型医療施設	
ケアハウス		グループホーム	
軽費老人ホーム		上記以外の施設	
養護老人ホーム			

自宅、子供の家以外と回答された方にお尋ねします。

①現在、入院(入所)している病院(施設)名を記入下さい。

病院(施設名)

②入院(入所)の期間はどれくらいになりますか。

平成 年 月頃より入院(入所)している。

③入院(入所)理由はなんですか

④退院(退所)するようにならされていますか。

1. 言われている 2. 言われていない

↓

平成 年 月頃から言われている。

言われている理由(出来るだけ詳しく記入下さい)

()

2. 以下の該当するところに○印をつけて下さい。※現在、入院(入所)中の方は入院(入所)前の状況を記入下さい。

①在宅サービスを利用していますか。

1. 利用している 2. 利用していない

②介護者等の状況をお尋ねします。

◎入所希望者の世帯状況

1. 単身 2. 2人 3. 3人 4. 4人以上

◎家族、近隣者の介護をうけていますか

1. 受けている 2. 受けていない

↓

「受けている」という回答された方の介護者の方についてお尋ねします。

・介護は何人でされていますか ⇒ 人

・いつから介護されていますか ⇒ 昭和、平成 年 月頃から

・主に介護をされている方はどなたですか

1. 配偶者 2. 子供 3. 孫 4. 嫁・婿 5. 甥・姪 6. その他()

・主な介護者の年齢、職業、育児。

1. 年齢 歳 2. 育児は ①. している ②. していない 職業 ①. あり ②. なし

・主な介護者の方は、障害や疾病がありますか。また介護認定を受けていますか。

1. ある(受けている) 2. ない(受けていない)

↓

「ある」と回答された方の介護者の方にお尋ねします。

主な介護者の方は障害や疾病、要支援以上の為介護するのが、

1. 可能 2. 多少困難 3. 困難

※困 難・・・排泄、入浴、移動、着替え、食事等の日常生活動作全般の援助が困難な場合
 多少困難・・・上記のうち、2つ程度なら援助できる場合

・主な介護者以外にその他の家族、近隣者等の介護を受けていますか

1. 受けている 2. 受けていない

・どのくらいの割合で介護を受けられていますか

1. 週に1~3日 2. 週に4回以上 3. ほぼ毎日

③住居の状況をお尋ねします。

1. 1個建て 2. アパート・団地など() 階に住居。エレベーターが 1 ある 2 ない