様式第４号（指針第６の１）

特別養護老人ホーム「長寿荘」個別状況調査票

対象者氏名		被保険者番号	
今回調査日	年　　月　　日	前回調査日	年　　月　　日

調査員氏名		応答者氏名	
居宅介護支援事業所名		本人との関係	
		電　話	
要介護度		ＦＡＸ	

認知症の状況及び頻度	①暴言、暴力　②大声を出す　③介護抵抗　④目的なく動き回る　⑤外出して戻れない ⑥１人で外に出たがり目が離せない　⑦火の不始末　⑧不潔行為　⑨異食行動
	なし ・ 少しあり（月1～３回）（　　）・ やや多い（週１～３回）（　　）・ 非常に多い（ほぼ毎日）（　　）
その他問題点	
入所希望の背景（該当するもの全てを選択）	☐ 単身世帯、高齢者世帯等であり家族等の介護者がいない（　　）
	☐ 主介護者が障害・疾病・高齢の状況にある（　　）
	☐ 主介護者が育児、家族の看病等を行っている（　　）
	☐ 主介護者が複数の家族等を介護している（　　）
	☐ 主介護者が就労しており介護が困難/ 介護により生計維持者の就労が困難（　　）
	☐ 同居家族や別居血縁者等による介護への協力がない（　　）
	☐ 主介護者や家族等による介護放棄、虐待の危険性がある（　　）
	☐ 居住環境の事情により充分な介護が困難である（　　）
	☐ 介護保険施設、病院等に入院（入所）しているが、退所（退院）の求めがある（　　）
	☐ その他（　　）
居宅サービスの利用状況	☐ 無　☐ 有　⇒ ☐ 単位数の８０％以上の利用 ☐ 単位数の５０％以上 ８０％未満の利用 ☐ 単位数の５０％未満の利用
	◆ 経済的事由による利用制限の有無　☐ 無　☐ 有
施設サービスの利用状況	☐ 無 ☐ 有　⇒（　　）
入所希望状況	☐ 早急に　☐ 半年以内　☐ １年以内　☐ 順位到来時
医療の状況	◆ 既往症の有無 ☐ 無 ☐ 有　⇒（　　） ◆ 特記事項 ☐ 経管栄養　☐ カテーテル　☐ ストマ　☐ インシュリン注射　☐ 在宅酸素 ☐ その他 ◆ 通院の有無　☐ 無　☐ 有（　　）
機能回復訓練の必要性	

（注）・既往症の有無では、感染症疾患やその完治の状態も併せて調査すること。
・機能回復訓練の必要性では、どの程度の訓練を求めているか、あるいは必要かを記載すること。
・居宅サービス利用票及び別表（写）を添付すること。