

入所希望者状況票②

特別養護老人ホーム愛知たいようの杜ハモリー館・杜っと館、地域密着型小規模特別養護老人ホームだいたい村

心身の健康・医療的情報	認知症	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（診断名：アルツハイマー型認知症 時期：平成30年 12月頃から） 認知症高齢者の日常生活自立度（Ⅰ・Ⅱ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ <input checked="" type="checkbox"/> Ⅲa Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ）※介護認定時の主治医意見書より								
		<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週5～6回 <input type="checkbox"/> 週の半分程度 <input checked="" type="checkbox"/> 週1～2回 <input type="checkbox"/> 月1～3回程度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為（トイレ以外で尿をする・便を弄ぶ） <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 場面に合わず泣いたり怒ったり、興奮する <input type="checkbox"/> 大声を出す <input checked="" type="checkbox"/> 介護抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 暴力・ <input checked="" type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害（昼夜逆転等） <input type="checkbox"/> 抑うつ・自殺願望 <input type="checkbox"/> せん妄（幻覚・幻聴）								
	その他精神・神経症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（症状名： _____ ； 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）								
	日常の医療的処置	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ※下記の該当項目をチェック <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう以外の） <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引（昼 回、夜 回） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）								
	既往	病気・ケガ： 脳梗塞(H29年12月、誤嚥性肺炎(H30年1月)								
	現疾患	病気・ケガ：アルツハイマー型認知症(H30年12月)								
	主治医	病院・医師名： 愛知たいよう病院 （診療科： 内 科）								
	感染症	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）		アレルギー		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）				
	皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ ）		睡眠		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（ <input type="checkbox"/> 薬あり <input type="checkbox"/> 薬なし）				
	介護をする者の状況	主たる介護者の氏名	愛知 花子		性別	男・女	年齢	51	続柄	長女
介護の期間		平成30年 12月頃から								
居住関係		<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居（住所地： _____ ） → 入所希望者自宅までの所要時間（ _____ 分程度）								
就労状況		<input type="checkbox"/> 就労していない <input checked="" type="checkbox"/> 就労している（週 5 日勤務で、1日あたり 8 時間）								
健康状態		<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 体調不良 → ※下記の該当項目をチェック								
		<input type="checkbox"/> 体調不良だが通院はしていない（症状： _____ ）								
		<input type="checkbox"/> 慢性疾患等で定期的に通院中（病名： _____ ） → 通院の頻度（ _____ ）								
<input type="checkbox"/> 入院中または入院加療を要する（病名： _____ ）										
心身の障がい	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（障がいの種類： _____ 手帳の等級： _____ ）									
要介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 その他 _____ ）									

介護をする者の状況	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → ※下記の該当項目をチェック <input checked="" type="checkbox"/> 他にも介護の必要な家族がいる（要支援 1・ <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 その他） <input type="checkbox"/> 他に障がいをもつ家族がいる（障がいの種類： 手帳の等級：） <input type="checkbox"/> 看病・付添いの必要な家族がいる（入院中・自宅療養中） <input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる（子どもの年齢 歳）
	介護の協力者	<input checked="" type="checkbox"/> 同居家族に介護協力者がいる（長女夫） <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に介護協力者がいる（） <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者（近隣者・知人等）がいる <input type="checkbox"/> 介護の協力をしてくれる人がいない（） ※協力の程度：介護にかかる労力の全体量を10とした場合： 2 / 10
住居	住居区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①戸建住宅 2階建て（本人居室 1階） ②集合住宅等（ 階 / 階建て：エレベーター 無・有）
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 未施工だが可能 <input type="checkbox"/> 不可（理由：） <input checked="" type="checkbox"/> 改修済（各所手すり）
	その他の住宅事情	※現在の住宅で、在宅生活を送るうえでの困難な造りなど（玄関アプローチに段差あり）
経済状況	年金収入	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（種類： 国民年金 金額： 70,000 円/月）
	その他収入	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（種類： 金額： 円/月）

入所希望者状況票③

特別養護老人ホーム愛知たいようの杜ハモリー館・杜っと館、地域密着型小規模特別養護老人ホームだいたい村

・現在の介護を要する状況に至った経緯についてご記入ください。（※本人・介護者について）

平成29年に脳梗塞を発症し、A病院に緊急入院をした。左半身の麻痺が残り、車椅子生活を余儀なくされる。
脳梗塞後、意欲低下もあり、平成30年頃より認知症状が顕著にあらわれた。
問題行動である、暴言や介護抵抗、見当識障害により、家族による介護が必要となった。

・主介護者以外の介護協力者について、あるいは他親族が介護に関われない理由や今後の介護協力の可能性についてご記入下さい。

長女夫が介護の手伝いをしてくれるが、就労しているため、日中は不可
本人妻は自宅にいるが、要支援の認定を受けており、介護困難な状況である。

・主介護者が本人の介護をしていて困っていること、困難に感じていること。

生活全般で介護拒否があるため、思うように介護することができない。
他の介護サービスの拒否が強く、自宅で介護しなければならない期間が長く、
また、本人が一人になる時間が長いため、心配が絶えない。

・その他、施設入所を希望されるご事情等についてご記入ください。

自然豊かな愛知たいようの杜であれば、伸び伸びと生活することが出来、
職員、家族、良い環境で本人の介護をしていきたいと思ったため。

以下、施設使用欄

(ジェノグラム)



(要介護認定)



(本人住所地)



(介護サービス利用率)

