

申込者氏名	様	居宅介護支援事業所
-------	---	-----------

1, 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○をつけて下さい。

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2

認知症高齢者の日常生活自立度

自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

2, 認知症に伴う行動の内容や程度について、あてはまる番号に一つだけ○をつけて下さい。

ア、物を盗られた等と被害的になることが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

イ、作話をし周囲に言いふらすことが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

ウ、泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

エ、夜間不眠あるいは昼夜の逆転が

1, ない 2, ときどきある 3, ある

オ、同じ話を繰り返したり、不快な音をたてることが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

カ、大声を出すことが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

キ、助言や介護に抵抗することが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

ク、「家に帰る」等と言い、落ち着きがないことが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

ケ、一人で外に出たがり、目が離せないことが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

コ、色々な物を集めたり、無断で持ってくるものが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

サ、物や衣類を壊したり、破いたりすることが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

シ、ひどい物忘れが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

ス、独り言を言っていたり、独り笑いをしていることが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

セ、自分勝手に行動することが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

ソ、話す内容にまとまりがないことが

1, ない 2, ときどきある 3, ある

3, 親族による介護の状況について、あてはまる欄に○印をつけて下さい。

介護能力なし	
介護能力が低い	
介護能力が普通	
介護能力が高い	

※ 『介護能力なし』は「介護者がいない」「介護する意志がない」「介護者が県外在住」

『介護能力が低い』は介護者がいるが、やや非協力的である

『介護能力が普通』は介護者が別棟または近隣である

『介護能力が高い』は常時介護が出来る状況

4, 入所申込者の生活の場所について、あてはまる欄に○印をつけて下さい。

在宅	
特養	
老健	
短期入院	
長期入院	
ケアハウス	
グループホーム	
その他	

※ 「短期入院」は3ヶ月未満、「長期入院」は3ヶ月以上

5, 介護サービスの利用

平成 年 月の別表サービス利用単位の合計を記入して下さい。

--