

ショート希望者調査票

整理番号		対象者		被保険者番号															
------	--	-----	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

現在利用 している 居宅サービス * 該当する ものをすべて 選んで下さい	サービス種類	1月あたり 利用回数	事業所名
	<input type="checkbox"/> 訪問介護		電話
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		電話
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		電話
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		電話
	<input type="checkbox"/> 通所介護		電話
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		電話
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護		電話
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		電話
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給		電話
<input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給		電話	
<input type="checkbox"/> その他 ()		電話	
医療的措置 * 該当する ものをすべて 選んで下さい	(現在治療中の病気)		
	病名	入院・通院病院	期間
			年 月～
			年 月～
	(既往症)		
	病名	入院・通院病院	期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
	(感染症の有無) <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
	身体の状況	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー)
排 泄		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (おむつの種類 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ)	
入 浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
更 衣		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助	
移 動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり)	
視 力		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	
聴 力		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	
言 語		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない	

認知症・
精神
の症状

- 何らかの痴呆を有するが、日常生活はほぼ自立している
- 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる
- 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする
- 日常生活に支障あるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする
- 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする

* 次のような行動がある場合は、すべてにチェックください。(複数可)

- | | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. 乱暴なふるまいを行う | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 2. 自分の体を傷つける | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 3. 火の不始末がある | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 4. 家中や屋外をあてもなく歩き回る | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 5. 興奮したり騒いだりする | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 6. 不潔な行為がある | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 7. 失禁する | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 8. 昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 9. 一人で出たがる | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 10. 一人で戻れない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> 常にある |
| 11. その他 | | |
