

状況申立書

- 入所希望者の状況に該当するものにチェックをして下さい。
- ケアマネジャーと契約している場合は相談し、記入を依頼して下さい。

身体状況	障害高齢者の日常生活自立度	□J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		
	歩行	□自立 □杖や歩行器・手すり等があれば歩行可 □一部介助 □歩行不可 【特記事項】		
	移乗	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 【特記事項】		
	排泄	□自立 □見守り必要 □一部介助 □ポータブル使用 □おむつ使用 □全介助 【特記事項】		
	食事	□自立 □見守り必要 □一部介助 □全介助 【特記事項】		
	入浴	□自立 □見守り必要 □一部介助 □清拭のみ □全介助 【特記事項】		
	視力	□普通 □弱視 □全盲	聴力	□普通 □やや難聴 □難聴
	嚥下(えんげ)	□自立 □見守り必要 □不可	睡眠	□良 □不良(服薬 なし・あり)
	麻痺	□なし □あり (部位:)	褥瘡(じょくそう)	□なし □あり (部位:)
コミュニケーション	発語	□話ができる □聞き取りにくい □何を言っているか分からない □話せない		
	意思決定	□できる □特別な状況を除いてできる □日常的に困難 □できない		
	理解	□できる □特別な状況を除いてできる □日常的に困難 □できない		
認知症及・精神状態・問題行動	認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		
	精神状態	□幻覚 □妄想(被害・嫉妬・物盗) □せん妄 □睡眠障害 □心気症状 □不安 □焦燥 □抑うつ □興奮 【特記事項】		
	問題行動	□やたらに物を口に入れる □物を拾い集める □徘徊 □昼夜逆転 □繰り返し行為 □失禁 □大声・奇声をあげる □火の扱い(消し忘れ等) □自傷行為 □介護拒否 □不潔行為 □性的異常行為 □攻撃的行為 □不穏(暴言・暴行・破壊) 【特記事項】		
居宅サービス	利用サービス	□訪問介護 □訪問看護 □訪問入浴 □訪問リハビリテーション □通所介護 □通所リハビリテーション □短期入所生活介護 □短期入所療養介護 □福祉用具貸与 □地域密着型サービス(サービスの名称:)		
	利用実績	【直近2ヶ月の利用額】 月 円 ・ 月 円		
医療の状況	現在治療中の病気・ケガ			
	現在の治療			
	現在の服薬			
	既往症 ※感染症を含む ※治療期間・病名・医療機関を明記して下さい			
	かかりつけ医	【病院名】	【担当医】	
	医療器具の使用	□経管栄養 (胃ろう・経鼻) □在宅酸素 □インシュリン注射 □点滴 □喀痰吸引 □その他() 【特記事項】		
ケアマネジャー	事業所名	担当ケアマネジャー		
	電話番号			
	特記事項			

状況申立書

記入例

するものにチェックをして下さい。
いる場合は相談し、記入を依頼して下さい。

身体状況	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器・手すり等があれば歩行可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 歩行不可 【特記事項】		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ポータブル使用 <input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> 全介助 【特記事項】		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【特記事項】		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 清拭のみ <input type="checkbox"/> 全介助 【特記事項】		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴
	嚥下(えんげ)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 不可	睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良(服薬 なし・あり)
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:)		
コミュニケーション	発語	<input type="checkbox"/> 話ができる <input type="checkbox"/> 聞き取り <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せない		
	意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な状況を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない		
	理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 特別な状況を除いてできる <input type="checkbox"/> 日常的に困難 <input type="checkbox"/> できない		
認知症及・精神状態・問題行動	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	精神状態	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄言(被害・嫉妬・物盗) <input type="checkbox"/> セロト <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 心気症状 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 興奮 【特記事項】		
	問題行動	<input type="checkbox"/> やたらに物を口に入れる <input type="checkbox"/> 物を拾い集める <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 繰り返し行為 <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 大声・奇声をあげる <input type="checkbox"/> 火の扱い(消し忘れ等) <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的異常行為 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不穏(暴言・暴行・破壊) 【特記事項】		
居宅サービス	利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス(サービスの名称:)		
	利用実績	【直近2ヶ月の利用額】 月 円 ・ 月 円		
医療の状況	現在治療中の病気・ケガ			
	現在の治療			
	現在の服薬			
	既往症 ※感染症を含む ※治療期間・病名・医療機関を明記して下さい			
	かかりつけ医	【病院名】	【担当医】	
	医療器具の使用	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他() 【特記事項】		
ケアマネジャー	事業所名	担当ケアマネジャー		
	電話番号			
	特記事項			

P15を参考にして記入してください

P16を参考にして記入してください

自宅に居住していて、介護サービスを利用している方は、サービス利用票別表の金額を記入してください