

該当する項目すべてに☑をしてください。

1. 本人に関すること

① 現在の居場所	<input type="checkbox"/> 一人暮らし（同居・隣接等に家族がいない） ※2-②「家族・介護者の状況」の記載は不要です <input type="checkbox"/> 一人暮らし（隣接等に家族がいる） <input type="checkbox"/> 長期入院や他施設へ入所している等で、既に住まいを引き払っていて、帰る先がない ※1-②「住宅の状況等」の記載は不要です <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 他の施設に入院、入所しているが経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービスを給付の限度額を超えて利用している																																								
② 住宅の状況等	※本人が病院・施設へ入所している場合も記入してください。 <input type="checkbox"/> 集合住宅の2階以上に住んでいるが、エレベーター等がない <input type="checkbox"/> 居室と同じ階にトイレや風呂がない（トイレや風呂のある階に居室を確保できない） <input type="checkbox"/> 部屋数がなく、同居者と同じ部屋で介護を受けている <input type="checkbox"/> 介護上の問題から住宅改修が必要だが、住宅改修が困難 <input type="checkbox"/> 緊急に立ち退きを迫られている 【具体的に _____】（立ち退き期限 年 月） <input type="checkbox"/> 上記に該当なし																																								
③ 日常生活動作等	・移動： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 ・食事： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・入浴： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・排泄： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （ 使用している排泄用品： <input type="checkbox"/> テープ式オムツ <input type="checkbox"/> パンツ式オムツ <input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ） 視力： <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない（身障手帳がある場合 種 級） 聴力： <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない（身障手帳がある場合 種 級） 認知症状： <input type="checkbox"/> 症状なし <input type="checkbox"/> 症状があるが受診無 <input type="checkbox"/> 症状があり受診している																																								
④ （過去3か月以内の行動状況）	<table border="0"> <tr> <td>・ 一人で外出し、家に戻れない（徘徊）</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ 大声・奇声・暴言・暴力的な行動</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ 排泄物をいじる等の不衛生な行動（異食含む）</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ 介護に抵抗する、拒否的</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ 昼夜の逆転や睡眠障害などがある</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ 一人で無理に動こうとして目が離せない</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ 物を盗られたなどの被害妄想がある</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ 火の不始末等の不安</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ いろいろなものを集めたり無断で持ってくる</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> <tr> <td>・ 時間や場所がわからない</td> <td><input type="checkbox"/>ある</td> <td><input type="checkbox"/>ときどきある</td> <td><input type="checkbox"/>ない</td> </tr> </table>	・ 一人で外出し、家に戻れない（徘徊）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ 大声・奇声・暴言・暴力的な行動	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ 排泄物をいじる等の不衛生な行動（異食含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ 介護に抵抗する、拒否的	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ 昼夜の逆転や睡眠障害などがある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ 一人で無理に動こうとして目が離せない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ 物を盗られたなどの被害妄想がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ 火の不始末等の不安	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ いろいろなものを集めたり無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない	・ 時間や場所がわからない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない
・ 一人で外出し、家に戻れない（徘徊）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ 大声・奇声・暴言・暴力的な行動	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ 排泄物をいじる等の不衛生な行動（異食含む）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ 介護に抵抗する、拒否的	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ 昼夜の逆転や睡眠障害などがある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ 一人で無理に動こうとして目が離せない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ 物を盗られたなどの被害妄想がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ 火の不始末等の不安	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ いろいろなものを集めたり無断で持ってくる	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						
・ 時間や場所がわからない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ときどきある	<input type="checkbox"/> ない																																						

*「ある」は、少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいいます。

*「ときどきある」は、少なくとも1か月間に1回以上、1週間に1回未満程度の頻度をいいます。

