

居宅介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護サービスの利用をしている(ただし、福祉用具貸与は除く) <input type="checkbox"/> 利用していない					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 上記サービスの週当たりの利用日数 <input type="checkbox"/> 1~2日 <input type="checkbox"/> 3~4日 <input type="checkbox"/> 5~7日					
住居環境	住居形態	<input type="checkbox"/> 戸建住宅(<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建) <input type="checkbox"/> アパート・マンション(階/エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
	介護環境	特記事項(トイレや浴室、段差等)				
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名	入院等の時期(年 月 頃)				
	退院等の見込み	<input type="checkbox"/> 退院(所)を勧められている <input type="checkbox"/> 退院(所)したい (<input type="checkbox"/> 病気が治った <input type="checkbox"/> 金銭負担が重い)				
	在宅生活困難理由					
特筆すべき事項 (特例入所の要件関連)	<input type="checkbox"/> 認知症があり、日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 知的障がい、精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来している	<input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われる	<input type="checkbox"/> 単身世帯等で家族等による支援が期待できない <input type="checkbox"/> 上記の状態が介護者の急死等で発生		
	<input type="checkbox"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である					
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他					
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他() (かかりつけ医、現在治療中の病気等、特記)					
介護に関する状況	食事・水分摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	排 尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	排 便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	着 脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞こえにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 伝達できる <input type="checkbox"/> 時々伝達できる <input type="checkbox"/> まれに可能 <input type="checkbox"/> できない					
認知症等による 行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他()					
特記事項						