

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(トイレや浴室等)			
退院・退所後の在宅生活	病院名 施設名				入院・施設入所の時期 (令和 年 月 日～)
	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"/> 上記で、重度(認知症自立度がⅢA以上)である				<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
医療的処置の状況 主治医:	現病名や既往歴				
	医療的処置の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> たんの吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル留置			
		<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他()			
参考事項	指定居宅介護 支援事業所名			担当ケアマネ ジャー	
	他施設への 申込	<input type="checkbox"/> みやもり荘にも申し込む		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる	<input type="checkbox"/> これから他の施設にも申し込む
		※ 既に申し込んでいる施設名:			
	居室の希望	<input type="checkbox"/> 個室		<input type="checkbox"/> 多床室	<input type="checkbox"/>
	入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐにも入所したい		<input type="checkbox"/> 1年以内に入所したい	<input type="checkbox"/>
	健康保険種別	後期高齢・健康保険		年金種別	国民・厚生・遺族・共済 万円/年

注) 介護保険の被保険者証をご持参の上、施設に提示して下さい。

負担限度額認定証

《ジェノグラム(家族構成)》

《現在までの経過》

《ADL》

・歩行移動

・食事

・排泄

・意思疎通