

介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション（週 回） <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) / 通所リハビリテーション(デイケア)（週 回） <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) / 療養介護(最近3カ月の利用日数合計 日) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 入院中の病院名() 入院となった理由()
-------------	--

主介護者の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
---------	--	----------------------------	----------------------------

主介護者の状況	ふりがな			性別	男・女	生年月日	続柄
	氏名					明・大・昭 年 月 日 (歳)	
	居住関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (住所:) 入希望者宅までの所要時間 (分)					
	就労状況	<input type="checkbox"/> 終日就労 <input type="checkbox"/> 半日程度就労 <input type="checkbox"/> 無職					
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 ・要入院加療 (ヶ月程度 ・病名) ・入院していないが継続的な治療を要する (病名) ・慢性疾患等で定期的に通院中 (病名)					
	身体状況	<input type="checkbox"/> 障害有 (級 ・障害の種類:) <input type="checkbox"/> 無					
	他に対応を要する家族の有無	<input type="checkbox"/> 育児の必要な家族がいる。(子供の年齢: 歳) <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上看病の必要な家族がいる。(自宅療養 ・ 入院中) <input type="checkbox"/> 入所希望者以外の介護の必要な家族がいる。(要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5)					
介護を協力してくれる方の有無	<input type="checkbox"/> 協力してくれる人がいない。 <input type="checkbox"/> 親族以外の協力者(近隣者など)がいる。 <input type="checkbox"/> 同居以外の親族に協力者がいる。 <input type="checkbox"/> 同居親族に協力者がいる。						

(介護を行っていて困っている事、その他特記事項を記入して下さい。)

施設記入欄