

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<br>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）<br>※2-②「家族・介護者の状況」の記載は不要です<br><input type="checkbox"/> 一人暮らし（隣接等に家族がいる）<br><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<br>※1-②「住宅の状況等」の記載は不要です<br><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<br><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<br><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<br>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。<br><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<br><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）<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 緊急に立ち退きを迫られている<br>【具体的に _____】（立ち退き期限 年 月）<br><input type="checkbox"/> 上記に該当なし  |                                 |                             |                                 |                             |                   |                             |                                 |                             |                         |                             |                                 |                             |               |                             |                                 |                             |                   |                             |                                 |                             |                      |                             |                                 |                             |                    |                             |                                 |                             |             |                             |                                 |                             |                        |                             |                                 |                             |               |                             |                                 |                             |
| ③<br>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<br>・食事： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>・入浴： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>・排泄： <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助<br>（ 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<br><input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ）<br>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）<br>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）<br>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<br>（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。

