

カウンセリングカルテ（兼入居資格審査表）

本人情報	ふりがな		性別 男 女	生年月日	明治・大正・昭和
	氏名				年 月 日 歳
	住所	〒 [] - []			
ご家族情報	ふりがな		続柄	連絡先	自宅
	氏名				勤務先
	住所	〒 [] - []			携帯

ご希望施設名		ご希望利用期間①		ご希望利用期間②	
--------	--	----------	--	----------	--

介護認定	<input type="checkbox"/> 初申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

該当項目の四角に	き	<input type="checkbox"/> 役所から紹介 <input type="checkbox"/> 病院・老人保健施設から紹介 <input type="checkbox"/> 包括支援センターから紹介 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーから紹介 <input type="checkbox"/> 知人からきいた <input type="checkbox"/> 当社ホームページをみて <input type="checkbox"/> チラシなど広告をみて <input type="checkbox"/> 施設建物をみて <input type="checkbox"/> 紹介会社からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ※紹介先・広告物を具体的に教えてください（ ）
	施	1 施設利用目的 <input type="checkbox"/> 長期入居検討（検討時期 <input type="checkbox"/> すぐにでも <input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 3ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上先） <input type="checkbox"/> 一時的利用（理由 <input type="checkbox"/> 在宅介護困難 <input type="checkbox"/> その他 ）
	利	2 退居後の行き先（1施設利用目的で一時的利用を選んだ方のみ記入） <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 特養・老健 <input type="checkbox"/> ショートステイ施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 他社介護施設 <input type="checkbox"/> 検討中

入居者希望者（以下 甲という）及びその家族は株式会社木下の介護（以下 乙という）が、甲の入居審査及び入居後の健康維持・安全管理の目的で本紙面上の個人情報及び、担当医師より提供される診療情報提供書記載の個人情報を利用することに同意します。尚、乙は甲の入居審査、健康維持・安全管理等の目的以外には利用致しません。但し、個人情報の保護に関する法律第23条（法令による場合等）は例外となることを承諾致します。上記内容に虚偽・未申告がないことを約します。

年 月 日

ご本人氏名（甲） 印

ご家族（代理人）氏名 印

■ご入居予定のお客様のみ下記ご記入ください

介護保険情報	保険者番号（6ケタ）	認定有効期間
		平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日
	被保険者番号（10ケタ）	認定日 介護負担割合
	平成・令和 年 月 日	1割 2割 3割

弊社記入欄

営業担当：

見学日：

入居希望者の状況	歩行	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 不可
	器具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車椅子（ <input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 操作不可）	
	立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可	
	食事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助
		形態	・主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー ・副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー
	排泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ（ <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ） <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パッド
	入浴	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーンカテテル <input type="checkbox"/> ストマ
		状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助
		睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅い眠り <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤（種類
	その他	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 見えない（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左）
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい（ <input type="checkbox"/> 補聴器使用） <input type="checkbox"/> 聞こえない（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左）
	その他	言語	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
		飲酒	お酒を <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない 喫煙 タバコを <input type="checkbox"/> 吸う（本位） <input type="checkbox"/> 吸わない
	認知症の状態	1	認知症ではない
		2	何らかの物忘れ等を有するが、日常生活は、ほぼ自立している
		3	日常生活に支障があるような認知症が見られるが、誰かが注意していれば、自立できる
		4	日常生活に支障があるような認知症が見られ、介護を必要とする
5		日常生活に支障があるような認知症が頻繁に見られ、常に介護を必要とする	
6		著しい認知症や問題行動が見られ、専門医療を必要とする	
7		わからない、もしくは、判断できない	
8		過去に徘徊・自殺願望・自傷行為・暴力が一度以上あった。	
現病気			
既往歴			
かかりつけ医			
その他特記事項			

書類判定 年 月 日 署名 入居判定（可・否）

入居判定 年 月 日 署名 入居判定（可・否）

利用施設： 利用期間：