

清流園入所申込アンケート

利用申込者氏名

《介護の状況》

| | | | |
|------------|---|---|--|
| 世帯状況 | <input type="checkbox"/> 独居 | <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 | <input type="checkbox"/> 家族と同居 |
| 介護者の負担 | <input type="checkbox"/> 重い | <input type="checkbox"/> やや重い | <input type="checkbox"/> 軽い <input type="checkbox"/> 負担に感じない |
| 介護者の疾病 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり () | |
| 介護者の就労 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職業) | | |
| | 就労日数 | 週 | 日 |
| | 就労時間 | 1日 | 時間 |
| 他の要介護者 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (要介護 1・2・3・4・5) | |
| 介護者の育児・看病 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり () | |
| 介護者の介護の関わり | <input type="checkbox"/> 介護不可 | <input type="checkbox"/> 介護に消極的 | <input type="checkbox"/> やや消極的 <input type="checkbox"/> 普通 |
| 同居家族の協力 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (週 日くらい) | |
| 別居家族の協力 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (週 日くらい) | |
| 近隣者の協力 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (週 日くらい) | |

《生活の状況》

| | | | | | | |
|------|-------|---|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|
| 基礎能力 | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや弱視 | <input type="checkbox"/> 弱視 | <input type="checkbox"/> 見えない | |
| | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> やや難聴 | <input type="checkbox"/> 難聴 | <input type="checkbox"/> 聴こえない | |
| | 会話 | <input type="checkbox"/> 可能 | <input type="checkbox"/> 不明瞭 | | | |
| | 意思の疎通 | <input type="checkbox"/> 可能 | <input type="checkbox"/> やや困難 | <input type="checkbox"/> 困難 | | |
| ADL | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 胃瘻 | |
| | 移動 | <input type="checkbox"/> 独歩 | <input type="checkbox"/> 杖歩行 | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 | |
| | 排泄 | <input type="checkbox"/> 下着 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 自立 (トイレ) <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> オムツ交換 | | | | |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 一般浴 | <input type="checkbox"/> 中間浴 (リフト浴) | | <input type="checkbox"/> 特浴 | |
| | 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| 精神状況 | 認知症状 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 物忘れ程度 <input type="checkbox"/> あり (軽度・中度・重度) | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 放尿 <input type="checkbox"/> 放便 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 徘徊 | | | | |
| | 精神状態 | <input type="checkbox"/> 精神科加療中 <input type="checkbox"/> 服薬中 <input type="checkbox"/> 精神疾患既往あり <input type="checkbox"/> なし | | | | |