

ヒアリングシート①

■ご入居希望者様に関して1

受付日	令和 年 月 日
問合者	

フリガナ		性別	生年月日	年齢	続柄	
お名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		歳		
住所	(〒 -) 県 市 郡			メールアドレス		
				@		
電話	自宅		携帯	()		
介護度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要支援 (1 ・ 2)		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区分変更		
		<input type="checkbox"/> 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		申請日	令和 年 月 日	
担当のケアマネ	<input type="checkbox"/> 有	①地域包括支援センター ②居宅介護支援事業所		所属先名		
	<input type="checkbox"/> 無	③介護施設		担当者名		
負担割合	介護保険 (1割負担 2割負担 3割負担)			医療保険 (1割負担 2割負担 3割負担)		
障害者手帳	(身体 精神) 障害者手帳 有 <input type="checkbox"/> 障害 () 級 / 免疫 () 級					
現状	<input type="checkbox"/> 入院中 月 日より [病院名] [理由]					
	①病状 <input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 安定してない ②退院許可 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [誰から → <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー] ③退院期日 (年 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 未定)					
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 子供同居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 [] ①居住形態 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 (<input type="checkbox"/> 市営 <input type="checkbox"/> 公営)					
<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> サ高住 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 軽費 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 小多機 <input type="checkbox"/> ショート)						
ADL	歩行	<input type="checkbox"/> 自立・独歩 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 (移乗可・不可) <input type="checkbox"/> 階段昇降要介助 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 見守り				
	起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※寝返り、起き上がり、立ち上がり、座るなど、姿勢変換				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> テーブルセットすれば可 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 禁食中				
		[主食] <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 [副食] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み・一口大 <input type="checkbox"/> ソフト食 (軟菜) <input type="checkbox"/> ミキサー・ペースト・ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助 / <input type="checkbox"/> ホータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> オムツ・尿取りパッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル・ストマ				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護				
	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				
	コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 見える (右・左) <input type="checkbox"/> 見えにくい (右・左) <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 緑内障 (右・左) ・ 白内障 (右・左)			
		聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる (右・左) <input type="checkbox"/> 聞こえにくい (右・左) <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 大声で <input type="checkbox"/> 補聴器使用			
		発語	<input type="checkbox"/> 聞き取れる <input type="checkbox"/> やや聞き取りにくい <input type="checkbox"/> できない			
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 未接種 ()					
備考						

ヒアリングシート②

■ご入居希望者様に関して2

医療行為	<input type="checkbox"/> 無					
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 自己管理可 ()リットル					
	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 自己管理可					
	<input type="checkbox"/> 尿バルーン <input type="checkbox"/> 自己管理可					
	<input type="checkbox"/> インスリン注射 (自己注射 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) (回数 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 / <input type="checkbox"/> 週 回]					
	<input type="checkbox"/> 人工透析(週 回 / 曜日)					
	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 他					
認知症	診断	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型		<input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症・ピック病		短期記憶障害・昼夜逆転・徘徊・不穏・暴力行為・不潔行為(弄便/放尿/放便)・異食・感情失禁・幻視・幻聴・妄想・帰宅願望・うつ・食べない
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 脳血管性		<input type="checkbox"/> レビー小体型認知症		
	<input type="checkbox"/> 無					
<input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	備考		
既往歴・通院中の病院など						
現在利用中の介護サービス						
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ヘルパー) 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 週 回						
<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) 週 回 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(デイケア) 週 回						
<input type="checkbox"/> ショートステイ (短期入所) 頻度:[※1ヶ月の内一週間等]						
<input type="checkbox"/> 訪問入浴 週 回						
<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 週 日 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 週 日						
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他						
ご本人の意向						
<input type="checkbox"/> 施設へ入居を希望してる <input type="checkbox"/> 入居を希望していない <input type="checkbox"/> まだ確認していない <input type="checkbox"/> 認知症等により確認困難						
詳細 :						
<施設を探すことになった理由・経緯についてその他 ※要支援(お元気な方)の場合は普段の生活・楽しみ・生きがいについて等>						

ヒアリングシート③

■ご相談者様に関して

キーパーソン	通う方	フリガナ		職業		年齢		続柄		
□	□	名前						歳		
		住所	(〒 -) 県府 市郡					メールアドレス	@	
		自宅		連絡 時間帯	自宅・携帯にてご連絡可能な時間帯として					
		携帯			AM・PM(: ~ :)					

家族構成 ※身元引受人(保証人)予定者・入居についての相談が必要な方等

□	□	フリガナ		職業		年齢		続柄	
		名前						歳	
		住所	(〒 -) 県府 市郡					メールアドレス	@
		自宅	()	連絡 時間帯	自宅・携帯にてご連絡可能な時間帯として				
携帯	()	AM・PM(: ~ :)							

□	□	フリガナ		職業		年齢		続柄	
		名前						歳	
		住所	(〒 -) 県府 市郡					メールアドレス	@
		自宅	()	連絡 時間帯	自宅・携帯にてご連絡可能な時間帯として				
携帯	()	AM・PM(: ~ :)							

□	□	フリガナ		職業		年齢		続柄	
		名前						歳	
		住所	(〒 -) 県府 市郡					メールアドレス	@
		自宅	()	連絡 時間帯	自宅・携帯にてご連絡可能な時間帯として				
携帯	()	AM・PM(: ~ :)							

<今回の介護施設探しについて>

①施設探しは初めて ②介護施設を見学したことがある(施設名:)

☆<相談の面談について> ※通常ご自宅へ訪問して面談。入院中の場合は病院で面談も可

①ご自宅 ②病院 ③その他 ご訪問の日程についてのご都合→

<どちらで当センターをお知りになったか？>

- ①HPを見て(google・yahoo・その他／検索ワード(施設名: ・他:) ②看板を見て
③知人の紹介 ④パンフレット(地域包括センター・クリニック・歯医者・その他:)
⑤病院関係者

<備考>

ヒアリングシート④

■施設入居に関わる条件等

ご希望エリア希望地域

① 市 市 市 ②奈良県下ならどこでも

介護施設までの主な交通手段について

①お車(家～施設まで 分程度) ②電車(乗替 線程度/駅～施設まで徒歩 分程度・バス利用可)

ご相談者様・ご家族様のご入居先(介護施設)へのご訪問頻度について☆

①毎日 ②週2～3回 ③週1回 ④2週間に1回 ⑤3週間に1回 ⑥月1回 ⑦その他()回程度

月額利用料

①15万円未満 ②15～20万円未満 ③20～30万円未満 ④30万円以上

入居時費用

50万未満 / 300万円未満 / 300～500万円未満 / 500～1000万円未満 / 1000～2000万円未満 / 2000万円以上

費用の捻出方法

①ご本人様の年金 ②生活保護 ③その他()

年金額	円/月	年金通知書	あり	なし	費用が超過した場合の負担について
-----	-----	-------	----	----	------------------

国民年金 厚生年金 遺族年金 障害者年金 家族負担 (可 ・ 不可)

介護施設へのご入居時期について

①出来るだけ早く ②今月中 ③ 年 月 日頃 ④退院日までに

身元引受人・保証人の有無

①いる(子供・兄弟・他:) ②いない

ご夫婦で入居される場合

①夫婦部屋・二人部屋 ②なるべく夫婦部屋・二人部屋希望 ③別個室

介護施設の種類についての理解

①少し理解している ②理解している ③よく理解している ③解らない

ご希望の介護施設の種類

①介護付 ②住宅型 ③サ高住 ④グループホーム ⑤その他:

気になっている施設

①ない ②ある(施設名: / その施設を何処で知りましたか?)

当センター以外に介護施設のお探しについて、ご相談されているところはございますか? ☆

① 地域包括支援センター ②管轄 市役所 ③ケアマネ ④知人 ⑤親類

⑥弁護士 ⑦司法書士 ⑧他の紹介センター