

●特別な医療行為について

<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> その他 ()
--	---

●精神状況について

認知症や精神疾患により下記の行動が見られる	<input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し
有りの場合内容を記入	<input type="checkbox"/> 徘徊・他居室入室 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 不潔行為・放尿・排便 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 自殺願望 <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> その他()
その他特記事項	

●生活環境について

住宅環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外()
自宅での生活継続	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難(困難を選択した場合は下記内容を記入)
困難理由	<input type="checkbox"/> 介助者がいない <input type="checkbox"/> 介助者が高齢 <input type="checkbox"/> 介助者が病気療養中 <input type="checkbox"/> 介助者が病弱 <input type="checkbox"/> 介助者が育児中 <input type="checkbox"/> 介助者が就労中 <input type="checkbox"/> 介助者が多重介護 <input type="checkbox"/> 2階以上で自宅にエレベーターがない <input type="checkbox"/> 自宅が狭く介護に適さない <input type="checkbox"/> 自宅の老朽化が著しい <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> トイレやお風呂などを利用するのに階段昇降が必要 <input type="checkbox"/> その他()

●その他留意点について(留意点がある場合は記入してください)

※下記資料を添付の上、ご提出をお願いいたします。

- ・介護保険証のコピー
- ・介護負担割合証のコピー
- ・介護負担限度額認定証のコピー(対象の方のみ)
- ・お薬手帳等の服薬内容がわかるもののコピー