

阿久根市ねたきり高齢者等現況届		令和 年 月 日
阿久根市長 西平良将 殿	阿久根市 番地	
介護者		
氏名 _____ 印		
(Tel. _____)		

ねたきり高齢者等氏名	住所	阿久根市 番地			
生 年 月 日	年 月 日	年齢	満 歳		
性別	男・女				
主な介護者の氏名	生年月日	年 月 日	年齢 満 歳		
世帯状況	氏 名	被介護者との続柄	年 齢	職 業	備 考

現状態の始まった時期	<input type="checkbox"/> ねたきり状態	<input type="checkbox"/> 重度の認知症状態	年 月 ごろ
------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------

ねたきり状態になった原因	
--------------	--

介護認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
----------	---------------

要 介 護 度	要介護 2(認知症のみ)・3・4・5・未申請
---------	------------------------

介護保険サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 往診又は通院 (月・週 _____ 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月・週 _____ 回) <input type="checkbox"/> デイケア (月・週 _____ 回) <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (月・週 _____ 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月・週 _____ 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ (月・週 _____ 回) <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 介護保険サービスは利用していない。
----------------	--

おむつの使用	有 ・ 無
--------	-------

過去半年間の入院又は短期入所の経歴	入院又は短期入所の期間	病院又は施設名
	年 月 日 ~ 年 月 日 まで	
	年 月 日 ~ 年 月 日 まで	
	年 月 日 ~ 年 月 日 まで	

手当振込金融機関名	銀行(金庫)	支店
口座番号	名義人(介護者)	

※ 裏面も記入してください。

表1 日常生活動作の状況

歩行	<input type="checkbox"/>	杖等を使用、かつ、時間がかかっても自分で歩ける。	<input type="checkbox"/>	付き添いが、手や肩を貸せば歩ける。	<input type="checkbox"/>	歩行不可(寝たきり)
排泄	<input type="checkbox"/>	自分で昼夜とも便所のできる。	<input type="checkbox"/>	介助があれば簡易便器でできる。	<input type="checkbox"/>	常時おむつを使用している。
	<input type="checkbox"/>	自分で昼は便所、夜は簡易便器を使ってできる。	<input type="checkbox"/>	夜はおむつを使用する。 <input type="checkbox"/> 失禁の後始末ができない。		
食事	<input type="checkbox"/>	スプーン等を使用すれば自分で食事ができる。	<input type="checkbox"/>	スプーン等を使用し一部介助すれば食事ができる。	<input type="checkbox"/>	臥床のまま食べさせなければ食事ができない。
入浴	<input type="checkbox"/>	自分で入浴でき、洗える。	<input type="checkbox"/>	自分で入浴できるが、洗うときだけ介助を要する。	<input type="checkbox"/>	自分でできないので全て介助しなければならない。 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽を利用している。 <input type="checkbox"/> 清拭を行っている。
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	浴槽の出入りに介助を要する。		
着脱衣	<input type="checkbox"/>	自分で着脱できる。	<input type="checkbox"/>	服の準備等、手を貸せば着脱できる。	<input type="checkbox"/>	自分でできないので全て介助しなければならない。
金銭等管理	<input type="checkbox"/>	金銭等を自分で管理できる。	<input type="checkbox"/>	支払方法、内容等の確認について助言が必要。	<input type="checkbox"/>	金銭等を自分で管理できない。

※ 重度の認知症状がある場合は以下の欄も記入してください。

表2 精神状態

(1) 認知症の状態である。						
記憶障害	<input type="checkbox"/>	自分の名前がわからない。	<input type="checkbox"/>	最近の出来事がわからない	<input type="checkbox"/>	物忘れ、置忘れが目立つ。
	<input type="checkbox"/>	寸前のことも忘れる。				
失見当	<input type="checkbox"/>	自分の部屋が分からない。	<input type="checkbox"/>	時々自分の部屋がどこにあるのか分からない。	<input type="checkbox"/>	異なった環境に置かれると一時的にどこにいるのか分からなくなる。
(2) その他の精神障害 (<input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想) の状態である。						

表3 問題行動

(1) 攻撃的行動	<input type="checkbox"/>	他人に暴力をふるう。	<input type="checkbox"/>	乱暴なふるまいを行う。	<input type="checkbox"/>	攻撃的な暴言を吐く
(2) 自傷行為	<input type="checkbox"/>	自殺を図る。	<input type="checkbox"/>	自分の身体を傷つける。	<input type="checkbox"/>	自分の衣服を裂く、破く
(3) 火の扱い	<input type="checkbox"/>	火を常にもてあそぶ。	<input type="checkbox"/>	火の不始末が時々ある。	<input type="checkbox"/>	火の不始末をすることがある。
(4) はいかいかい	<input type="checkbox"/>	屋外を当てもなく歩き回る。	<input type="checkbox"/>	家中を当てもなく歩き回る。	<input type="checkbox"/>	時折、部屋内でうろうろすることがある。
(5) 不穏興奮	<input type="checkbox"/>	いつも興奮している。	<input type="checkbox"/>	しばしば興奮し、騒ぎ立てる	<input type="checkbox"/>	時には興奮し、騒ぎ立てる。
(6) 不潔行為	<input type="checkbox"/>	糞尿をもてあそぶ。	<input type="checkbox"/>	場所をかまわず放尿・排便する。	<input type="checkbox"/>	衣類等を汚す。
(7) 失禁	<input type="checkbox"/>	常に失禁する。	<input type="checkbox"/>	時々失禁する。	<input type="checkbox"/>	誘導すれば自分で便所に行く。
(8) 被害妄想	<input type="checkbox"/>	ものを盗られたと思い騒ぎ立てる。	<input type="checkbox"/>	ものを盗られたと知っていることがある。	<input type="checkbox"/>	ものが紛失したとき、他人のせいにする。

所見欄(担当係で記入しますので、申請者は記入の必要ありません。)

日常生活自立度	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2
認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ
支給の適否	適 ・ 否