

一次判定シミュレーションが不可の場合のチェックリスト

* 可能な限り1次判定シミュレータ（ネット等）を行い、結果を確認し、
区分変更申請書に添付してください。

対象者氏名： _____

* 当チェックリストは、入院等により1次判定シミュレータができない
場合に、対象者状況を医療機関職員等から聴取し、記入・添付をしてください。
（できない理由を提出時に職員へお伝えください）

担当者氏名： _____

①入院の理由、日常生活への支障

--	--

②入院前との比較

	入院前	現状（ / 時点）
歩行	自立・つかまれば可・一人では不可	自立・つかまれば可・一人では不可
移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	自立・見守り・一部介助・全介助
移動	自立・見守り・一部介助・全介助	自立・見守り・一部介助・全介助
排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	自立・見守り・一部介助・全介助
排便	自立・見守り・一部介助・全介助	自立・見守り・一部介助・全介助
食事	自立・見守り・一部介助・全介助	自立・見守り・一部介助・全介助
徘徊	ない・ある（頻度： 回／月）	ない・ある（頻度： 回／月）
問題行動	ない・ある（頻度： 回／月）	ない・ある（頻度： 回／月）
※問題行動ありの場合は、具体的な内容を欄外に記載してください。		

③退院後の希望を具体的に記載して下さい。（サービスの種類や回数、施設入所を希望する理由など）

--	--

④入院日・手術日（予定）・退院日（予定）

入院日	年 月 日
手術日	年 月 日
退院日	年 月 日

※転院予定がないかご確認ください。