

【要介護1～5共通】

記入日 平成 年 月 日

※原則、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が記載願います。

調 査 票

記載者	事業所名																	
	所在地	〒																
	担当者名																	
	電話	()	-	携帯	()													
入所申込者	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)				施設記入欄							
	氏 名	印				性 別	男 ・ 女											
	住 所					電 話	() -											
	保険者					要介護状態区分	要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)											
	保険者番号					被保険者番号												
	要介護認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																
入所申込者の状況	居宅介護支援事業所 (ケアマネージャー)	<input type="checkbox"/> いる		事業所名														
		<input type="checkbox"/> いない		担当者氏名		電話												
	医療状況	現在治療中の病名	(<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院・所)															
		医療機関名		担当医師名														
		入院・所の場合	ヶ月間		電話													
		医療機関住所																
	利用中の 居宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)		週	回程度利用	在宅サービス利用率 (直近3ヶ月間の平均) %												
		<input type="checkbox"/> 訪問看護		週	回程度利用													
		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		週	回程度利用													
		<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)		週	回程度利用													
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		週	回程度利用															
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)		週	回程度利用															
<input type="checkbox"/> その他(種類:)		週	回程度利用															
<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない																		
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居																	
	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 介護困難家族等と同居		<input type="checkbox"/> 高齢者(65歳以上)のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族が障害や疾病 <input type="checkbox"/> 家族が就労 <input type="checkbox"/> 他の家族等の世話(育児等) <input type="checkbox"/> その他()														
		<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居																
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設以外の病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス(□特定) <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅(□特定) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム(□特定) <input type="checkbox"/> その他(施設名等:)																	
	※別居家族(<input type="checkbox"/> 介護困難 <input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 別居家族なし)																	

入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネ等使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(左・右・両 上肢/左・右・両 下肢) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(肩・肘・指・股・膝・足) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入所申込者の身体状況等	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択	整容	洗面： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立、声かけ誘導、一部介助、全介助)	対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否的
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌が多い <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 朗らか <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 親しみやすい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> 几帳面 <input type="checkbox"/> 短期 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 凝り性 <input type="checkbox"/> 融通がきかない		
	認知症・精神状態	<input type="checkbox"/> 認知症有〔認知症高齢者の日常生活自立度〕 (<input type="checkbox"/> Ⅱa <input type="checkbox"/> Ⅱb <input type="checkbox"/> Ⅲa <input type="checkbox"/> Ⅲb <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> M) <input type="checkbox"/> 程度不明 <input type="checkbox"/> 行動障害少ない又ははない <input type="checkbox"/> 行動障害有無不明 <input type="checkbox"/> 精神的障害有〔特筆すべき症状〕 (内容) <input type="checkbox"/> 特になし		
		身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名:)		
介護者の状況	<input type="checkbox"/> 日中就労、家族との関係により介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・病気等で介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者がいない			
特例入所該当事項(認知症、知的障害・精神障害等、深刻な虐待、単身世帯・同居家族が高齢又は病弱 等)				
入所申請に至る生活歴(在宅生活が困難な理由を含む)				
特記事項				