

【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						
	介護保険負担限度額認定証	無 ・ 有 ( 段階 )					介護保険負担割合証	1割 ・ 2割					
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)	
		既往歴・現病歴											
		医療機関名					担当医師名						
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) エアマット使用 (有・無) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> アレルギー (種類 ) <input type="checkbox"/> その他( )												
	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)  ※必須事項※  %							
		<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"/> 介護に適さない住環境 <input type="checkbox"/> その他( )										
			<input type="checkbox"/> 介護可能家族等と同居										
	※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 )												
	<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 (施設名等: )												
	<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) (施設名等: )												
<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) (施設名等: )													
<input type="checkbox"/> その他(施設名等: )													

