

【 要介護1 ～ 5 共通 】

記入日 令和 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	令和 年 月 日					～ 令和 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:)													

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	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 (主食 副食)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 種類(一般 リフト 機械 寝浴)
入所申込者の身体状況等	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 起居(自力・介助) <input type="checkbox"/> 車椅子(自力・介助・リク)	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、声がけ誘導、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
	リスク	センサー使用 (有 ・ 無) L字柵使用 (有 ・ 無)		
	性格	<input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 好き嫌いが多い <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"/> 短気 <input type="checkbox"/> 人に受け入れられない <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〕 <input type="checkbox"/> 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:)				
特列入所該当事項(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				