

(別紙様式2)

【要介護1～5共通】

記入日 令和 年 月 日

※原則、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	()							
入所申込者の状況	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日	(満 歳)	施設記入欄		
	氏名				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・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日											
	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"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない メガネ等使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有(上肢:左・右・両/下肢:左・右・両) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	拘縮	<input type="checkbox"/> 有(部位:) <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・シルバーカー) <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 食事形態(普通・刻み・極刻み・ミキサー)	着脱衣	<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	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 車椅子浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 入浴回数 回/週	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 義歯: <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	どのような性格か記入してください		
	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"/> I <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"/> 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:)		
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 				