

調査票 (更新用)

記入日		平成 年 月 日		記入者	氏名		入所申込者との関係	
		フリガナ			所属名			
		氏名			〒			
		現住所						
電話		()		—				
入所申込者の状況	フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名							
	現住所	〒						
	医療状況	現在治療中の病名			既往歴(わかる範囲で)			
		主治医病院名・病院住所・担当医師名						
在宅サービス利用率		() %		※申込日の属する月の前3月について、[利用単位合計÷支給限度額合計](小数以下四捨五入)により算出				
入所申込者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	特記			
	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	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ誘導 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> とときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 不可				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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				
	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	その他	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 老健や病院などの施設 施設名または病院名: 年 月 日 から				
身体状況	<input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5) 変更があればコピー添付してください <input type="checkbox"/> [負担限度 段階]							
	<input type="checkbox"/> 認知症有 [認知症高齢者の日常生活自立度: ※必ずご記入ください <input type="checkbox"/> [負担割合 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2]							
	<input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目(BPSDや知的・精神障害)に該当がある場合は、下欄に認知症や知的・精神的障害に伴う行動や症状等を具体的に記載 () <input type="checkbox"/> 特になし							
手帳の有無	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級 障害名)							
	療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級:)							
	被爆者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級:)							

