

## 調 査 票

記入日		令和 年 月 日		記入者	氏 名			入所申込者との関係			
					所属名						
					所属住所	〒					
					電 話	( ) —					
入所申込者の状況	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	氏 名					<input type="checkbox"/> 大正			男	女	
						<input type="checkbox"/> 昭和					
	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							
	手帳の有無	要介護 ( 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> [介護保険負担割合 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ] <input type="checkbox"/> [介護保険負担限度額認定 段階]									
		身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級 障害名 )									
		精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級: )					療育手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級: )				
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						
入所申込者の身体状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1m程度 <input type="checkbox"/> 目の前			着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助			特記		
		<input type="checkbox"/> ほぼ見えない <input type="checkbox"/> 判断不能				<input type="checkbox"/> 全介助					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やっと <input type="checkbox"/> かなり大声			排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ					
		<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能				( <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"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど困難			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"/> 困難			<input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助 )								
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助			入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	<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	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 入院または入所、施設利用中						
	歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助										
身体状況等	入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
	認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [認知症高齢者の日常生活自立度 ] ※必ずご記入ください 認知症の行動・心理症状(BPSD) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 精神的障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 知的障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※上記項目(BPSDや知的・精神的障害)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										

介護者の状況	<input type="checkbox"/> 介護者が就業等で介護が困難                      主介護者が就労して生計中心者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	<input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難			
	<input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難			
	<input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障がい有するなど、十分な介護が困難			
	<input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で、介護が困難			
状況	<input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない			
	※ 該当する状況にチェックしてください(複数回答可)			
介護支援専門員等	在宅生活が困難な理由(次の該当する選択肢にチェックし、具体的内容を記載)			
意見	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容:			
	医療の状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> じょく瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開                                      その他 (                                      )			
	<input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金・共済年金等 <input type="checkbox"/> その他 内容:			
	<input type="checkbox"/> 家族の介護負担 内容:			
	<input type="checkbox"/> 住環境                                      住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容:			
	<input type="checkbox"/> その他 内容:			
	その他特記事項			
申請者確認欄	連絡先の変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	氏 名	
	(連絡先) 〒      ー 住所		電 話	
			携 帯	
			入所申込者との関係	
	<b>ご家族等の入所に対する意向</b> <input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 在宅生活をできるだけ続けたい <input type="checkbox"/> その他			

※各項目については、原則介護支援専門員、病院・施設の相談員等、入所申込者の状況を把握している者が記入すること。