

調査票		記入者	氏名			入所申込者との関係			
			所属名						
			所属住所	〒					
			電話	() -					
記入日	令和 年 月 日		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
フリガナ				<input type="checkbox"/> 大正			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/>	
氏名									
現住所		〒							
入所申込者の状況	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	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					
	聽力	<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"/> Pトイレ	<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		
	歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				施設名または病院名:				
	入れ歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				年 月 日 から 入院または入所、施設利用中				
身体状況等	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								
□ 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・障がいを有するなど、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 <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)					
介護支援専門員等の意見	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、具体的な内容を記載)				
	<input type="checkbox"/> 本人の心身の状況 内容: <input type="checkbox"/> 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				

※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。