

※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 | | | | | 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 | 平成 年 月 日 | | | | ～ | 平成 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"/> 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 | 移動 | <input type="checkbox"/> 歩行(自力・杖・歩行器) <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 | 入浴 | <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 | 着脱衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 衣服の準備、選択 | 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"/> トイレ <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 |
| | 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"/> 短期 <input type="checkbox"/> 人に溶け込めない <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 | | | | |
| | | | | |