

調査票 (更新用)

太枠以外は前回からの変更点をご記入願います

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	年	月	日										
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)	介護保険負担割合		割負担		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	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"/> ととき可	<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: 年 月 日 から 入院または入所、施設利用中							
体状等	入れ歯:	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		退院・退所の可能性		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
	認知症・精神状態等	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]											
		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													
()													
<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			
	<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、具体的内容を記載)			
	<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)	ありの場合のみご記入ください		電話	
		〒 住所		携帯	
			入所申込者との関係		
ご家族等の入所に対する意向					
<input type="checkbox"/> 順番が来れば入所したい					
<input type="checkbox"/> 今の生活場所での生活を継続したい					

※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方にご記入を依頼下さいませ。