

(別紙様式2)

【要介護1～5共通】

記入日 令和 年 月 日

※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	令和 年 月 日				～	令和 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"/> P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〕 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				