

調 査 票

記入者		氏名			申込者との関係:			
		所属名						
		住所						
		電話	()					
記入日		令和 年 月 日						
入所申込者の状況	フリガナ 氏名			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢		
	現住所	〒					施設記入欄	
	医療状況	治療中の病名						
		主治医病院名						
		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か月について (利用単位合計÷支給限度額合計により算出) %							
入所申込者の身体的状況等	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネ使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	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		排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ (自立・声がけ誘導・一部介助・全介助)			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ときどき可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <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) <input type="checkbox"/> 不可			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <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			
	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						
	認知症・精神状態等	<input type="checkbox"/> 認知症 有 (認知症高齢者の日常生活自立度:) <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心理症状(BPSD) 有 <input type="checkbox"/> 精神的障害 有 <input type="checkbox"/> 知的障害 有 ※上記項目に該当がある場合は、下欄に認知症や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						
	手帳の有無	身体障害手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種 級/障害名) 療養手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級:) 精神障害者保健福祉手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(等級 級)						

※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。

<p>介護者の状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 介護者が就業などで介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 複数の要介護者がいるため介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が要支援状態・高齢等で十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が要介護状態・障害を有するなど十分な介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 介護者が病気等により長期入院中で介護が困難</p> <p><input type="checkbox"/> 身寄りや介護者が誰もいない</p> <p>※該当する状況にチェックしてください(複数回答可)</p>	<p>施設記入欄</p>
<p>介護支援専門員等の意見</p>	<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> 本人の心身の状況</p> <p> 内容:</p> <p><input type="checkbox"/> 経済的理由</p> <p> 内容:</p> <p><input type="checkbox"/> 家族の介護負担</p> <p> 内容:</p> <p><input type="checkbox"/> 住環境</p> <p> 内容:</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p> 内容:</p>	
	<p>その他特記事項</p> <p> </p>	

※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。